

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung

14. Bericht
Mai 2006 - April 2007



SACHSEN-ANHALT

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung **Sachsen-Anhalt**

14. Bericht
Mai 2006 - April 2007

Ausschuss für Angelegenheiten
der psychiatrischen Krankenversorgung
des Landes Sachsen-Anhalt
Geschäftsstelle
c/o Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt

Neustädter Passage 15
06122 Halle/Saale
Tel. : (0345) - 69 12 305 / 307
Fax : (0345) - 69 12 308
E-Mail: Gudrun.Fiss@lvwa.sachsen-anhalt.de

Im Bericht verwendete Abkürzungen

ABL	Alte Bundesländer
ABW	Ambulant Betreutes Wohnen
ARGE	Kommunale Arbeitsgemeinschaft von Arbeitsagentur und Sozialamt zur Umsetzung der §§ 16, 17 SGB II
AU	Arbeitsunfähigkeit
AWO	Arbeiterwohlfahrt
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
EU-Rente	Erwerbsunfähigkeitsrente
IBW	Intensiv Betreutes Wohnen
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
KOBA	Kommunale Beschäftigungsagentur zur Umsetzung des § 16 SGB II
KVSA	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
LSA	Land Sachsen-Anhalt
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt
MVollzG LSA	Maßregelvollzugsgesetz des Landes Sachsen-Anhalt
NBL	Neue Bundesländer
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
PsychKG	Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen
PsychPV	Psychiatriepersonalverordnung
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
WfbM	Werkstatt für Menschen mit Behinderungen
WH, ÜWH	Wohnheim, Übergangswohnheim

**14. Bericht
des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung
des Landes Sachsen-Anhalt**

Berichtszeitraum: Mai 2006 – April 2007

Inhaltsverzeichnis	Seite
I. Vorwort	1
II. Ausgewählte Aspekte der psychiatrischen Versorgung	3
1. Versorgung psychisch Kranker in Deutschland – was wissen wir, was nicht?	3
2. Ziele und Aufgaben psychiatrischer Versorgung – oder: Braucht Sachsen-Anhalt einen Psychiatrie-Plan?	6
3. Zur Situation der Psychologischen Psychotherapie in Sachsen-Anhalt	20
4. Substitutionsbehandlung Drogenkranker in Sachsen-Anhalt	23
5. Behandlung psychischer Erkrankungen mit Elektrokonvulsionstherapie (EKT) im Land Sachsen-Anhalt	26
6. Der Rahmenvertrag und seine weiterhin endlose Geschichte in Sachsen-Anhalt	33
7. Geschlossene Unterbringung im Heim: Rechtliche Aspekte	37
III. Tätigkeitsbericht des Ausschusses	49
IV. Berichte der regionalen Besuchskommissionen	53
Kommission 1: Landkreise Stendal, Jerichower Land, nördliches Gebiet Anhalt-Zerbst	53
Kommission 2: Stadt Magdeburg, Landkreise Ohrekreis, Bördekreis, Altmarkkreis Salzwedel	63
Kommission 3: Stadt Dessau, Landkreise, Köthen, Wittenberg, südliches Gebiet Anhalt-Zerbst, Bitterfeld	70
Kommission 4: Landkreise Halberstadt, Wernigerode, Quedlinburg, Aschersleben-Staßfurt, Bernburg, Schönebeck	80
Kommission 5: Stadt Halle, Landkreise Saalkreis, Merseburg-Querfurt	91
Kommission 6: Landkreise Sangerhausen, Mansfelder Land Burgenlandkreis, Weißenfels	98
Anlage: Personelle Zusammensetzung des Ausschusses und der regionalen Besuchskommissionen	108

Vorwort

Zur Mitte seiner vierten Amtszeit legt der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt dem Landtag und der Landesregierung pflichtgemäß seinen 14. Bericht vor. Einerseits wird mit einem Tätigkeitsbericht des Ausschuss-Vorstandes und Berichten über die Arbeit der sechs Besuchskommissionen Rechenschaft über die laufende Tagesarbeit gelegt; andererseits werden in thematischen Beiträgen Schwerpunkte gesetzt.

Dankbar ist der Ausschuss Herrn Prof. Dr. Jürgen Fritze, Pulheim, für die Erlaubnis, die von ihm zusammengetragenen Daten über die Versorgung psychisch Kranker in Deutschland in zusammengefasster Form in den Bericht aufzunehmen (Kapitel 1). Sein Fazit lautet, dass auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung benötigt wird, die wissenschaftlichen Ansprüchen genügen kann. Vorläufig wissen wir im Grunde nur, dass die gesetzliche Verpflichtung zu einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen Versorgung der Versicherten momentan nicht eingelöst wird.

Mit diesem Bericht fordert der Ausschuss die Landesregierung erneut und zum wiederholten Male auf, einen Psychiatrie-Plan aufzustellen. Diese Forderung wird vom Vorsitzenden des Ausschusses in Kapitel 2 begründet. Den Ausgangspunkt bildet ein Versuch zu einer funktionalen Betrachtung des Versorgungssystems: Statt die Institutionen aufzuzählen, werden Versorgungsziele benannt und Versorgungsaufgaben definiert. Ein Psychiatrieplan hätte zu beschreiben, wie solche Ziele erreicht, Aufgaben gelöst und bestehende Versorgungslücken geschlossen werden sollen.

Schon oft wurde dem Ausschuss aus dem Ministerium zu verstehen gegeben, dass es sich hier um eine äußerst unbeliebte und unpopuläre Aufgabe handelt, für die im Ministerium die personellen Ressourcen fehlen. Ganz offensichtlich muss dem Stab der Ministerin die enorme sozialpolitische Bedeutung psychischer Erkrankungen erst noch einmal in Erinnerung gerufen werden; in den uns vorliegenden Entwürfen für ein sozialpolitisches Gesamtkonzept „Sachsen-Anhalt Sozial 2020“ jedenfalls kommt die Psychiatrie mit ihren vielen sozialpolitischen und volkswirtschaftlichen Aspekten überhaupt nicht vor. Insofern stellt das Kapitel 2 dieses Berichts einen Appell an den Ministerpräsidenten und das gesamte Kabinett dar, dieses wichtige Feld der Politik nicht länger links liegen zu lassen.

Weitere Kapitel sind im Sinne von Sachstandsberichten aufzufassen. So wird die letztjährige Analyse der fachärztlichen Versorgung in diesem Jahr ergänzt durch einen Bericht zur Psychologischen Psychotherapie (Kapitel 3); und die Substitutionsbehandlung bei opiatabhängigen Patienten wird geschildert (Kapitel 4). Einer Anregung von Angehörigen folgend, nimmt der Ausschuss Stellung zur Elektrokonvulsionstherapie (EKT) und informiert über den Stand der Anwendung in Sachsen-Anhalt (Kapitel 5). Schließlich wird die „unendliche Geschichte“ des Rahmenvertrags fort geschrieben und auf den aktuellen Stand gebracht (Kapitel 6).

Besondere Aufmerksamkeit widmet der Ausschuss stets freiheitsentziehenden Maßnahmen. Seit geraumer Zeit beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe mit den Bedingungen der geschlossenen Unterbringung im Heim. Als ein vorläufiges erstes Ergebnis stellt der Ausschuss in Kapitel 7 eine Reihe konkreter Fragen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen an die Landesregierung. Die Bitte um zügige Beantwortung ist verbunden mit einem konkreten Vorschlag an den Gesetzgeber, die im Zuge der Föderalismusreform notwendig werdende Erarbeitung eines Heimgesetzes für Sachsen-Anhalt zu nutzen, um die rechtlichen Rahmenbedingungen der geschlossenen Unterbringung im Heim neu zu gestalten.

Den letzten Absatz dieses Vorworts darf ich wie stets nutzen, um mich bei allen Mitstreitern im Ausschuss, den Besuchskommissionen und der Geschäftsstelle und insbesondere bei Herrn Grell und Frau Dr. Fiss für ihr Engagement und ihre Unterstützung zu bedanken.

Naumburg, im Juli 2007

Felix M. Böcker

II. Ausgewählte Aspekte der psychiatrischen Versorgung

- II.1 Versorgung psychisch Kranker in Deutschland: Was wissen wir, was nicht?
Jürgen Fritze, Pulheim, Felix M. Böcker, Naumburg
- II.2 Ziele und Aufgaben psychiatrischer Versorgung – oder:
Braucht Sachsen-Anhalt einen Psychiatrie-Plan?
Felix M. Böcker, Naumburg
- II.3 Zur Situation der Psychologischen Psychotherapie in Sachsen-Anhalt
Christel Conrad, Waltraud Groscheck, Magdeburg; Bernd Langer, Halle
- II.4 Substitution Drogenkranker in Sachsen-Anhalt
Gabriele Jungbluth-Strube, Bernburg; Gerlinde Gerdes, Halle
- II.5 Behandlung psychischer Erkrankungen mit Elektrokonvulsionstherapie (EKT) im Land
Sachsen-Anhalt
Felix M. Böcker, Naumburg
- II.6 Der Rahmenvertrag und seine weiterhin endlose Geschichte in Sachsen-Anhalt
Kai-Lars Geppert, Halle
- II.7 Geschlossene Unterbringung im Heim: Rechtliche Aspekte
Felix M. Böcker, Naumburg

II.1 Versorgung psychisch Kranker in Deutschland: Was wissen wir, was nicht?

Jürgen Fritze, Pulheim, Felix M. Böcker, Naumburg

Anlässlich eines Empfangs am 28.02.2007, zu dem der Ausschuss- Vorsitzende eingeladen hatte, hat Prof. Dr. med. Jürgen Fritze, Pulheim, Professor für Psychiatrie an der Universität Frankfurt/Main, Leitender Arzt des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Köln, und Gesundheitspolitischer Sprecher der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN, Berlin, den Festvortrag gehalten zum Thema „Versorgung psychisch Kranker in Deutschland: Was wissen wir, was nicht?“ Die wesentlichen Ergebnisse der Analyse sind in der folgenden Kurzfassung wiedergegeben:

Ausgehend von der Bestimmung des § 70 SGB V, wonach die Krankenkassen und die Leistungserbringer eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben, und im Hinblick auf das Prinzip (§ 27 SGB V (gesetzliche Krankenversicherung), § 10 Abs. 3 SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe), dass den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen Rechnung zu tragen ist, wurden einerseits patientenbezogene Daten (Inzidenz und Prävalenz von psychischen Erkrankungen als Maß für den Bedarf; Inanspruchnahme und Outcomes) und andererseits Versorgungsstrukturen (im Hinblick auf Art, Versorgungsgrad und Versorgungsqualität) untersucht. Als Datenquellen herangezogen wurde die Gesundheitsberichterstattung und das Gesundheitsmonitoring des Robert-Koch-Instituts Berlin (www.rki.de), Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes, Daten des InEK und der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, die Arbeitsunfähigkeitsstatistik der GKV, die Pflegestatistik gemäß SGB XI, Daten des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger und der überörtlichen Sozialhilfeverwaltungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer sowie Ergebnisse von Umfragen der Aktion Psychisch Kranke und der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Leitenden Medizinalbeamten.

Nach dem Bundesgesundheitsurvey haben mehr als 40 % der Bevölkerung im Lauf ihres Lebens eine oder mehrere psychische Störungen durchgemacht, mehr als 30 % haben in den letzten zwölf Monaten und 20 % in den letzten vier Wochen darunter gelitten. Häufig waren insbesondere phobische, depressive, somatoforme, alkoholbezogene und psychotische Störungen. Von allen Personen mit einer manifesten 12-Monats-Diagnose und Hilfesuchverhalten erhielten in Westdeutschland 61 % und in Ostdeutschland 79 % keinerlei Intervention! Nur bei affektiven und psychotischen Störungen lag die Behandlungsrate über 50 %.

Die für psychische Erkrankungen aufgewendeten Kosten hat das Statistische Bundesamt für 2002 mit 22,4 Mrd. Euro beziffert. Nach Erhebungen von Melchinger (2003) entfallen auf die GKV und die Sozialhilfe rund 12 Mrd. Euro. Während die Arbeitsunfähigkeitstage durch Erkrankungen von Muskeln und Skelettsystem, Atmungssystem, Herz/Kreislaufsystem und Verletzungen seit 1991 kontinuierlich zurückgegangen sind, zeigen die AU-Fälle und die AU-Tage wegen psychischer Störungen steigende Tendenz.

Die Suizidrate je 100.000 Einwohner lag 2004 zwischen 9,4 in NRW und 19,2 in Bremen, im Land Sachsen- Anhalt bei 12,8. Seit einem Höhepunkt in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre sind die Suizidraten in Ostdeutschland deutlich gesunken und haben sich dem westdeutschen Durchschnitt beinahe angeglichen. In der Europäischen Union lagen die altersstandardisierten Suizidziffern 1998 zwischen 5 und 37 für Männer und zwischen 1 und 11 für Frauen; Deutschland nimmt hier mit 20 bei den Männern und 6 bei den Frauen eine Mittelstellung ein. Die Zahl der Drogentoten ist nach zwei Gipfeln zu Beginn der neunziger Jahre und des neuen Jahrtausends etwas zurückgegangen.

Die Arztdichte lag 2002 in der EU zwischen 208 (Großbritannien) und 453 (Griechenland). Deutschland liegt mit 365 Ärzten pro 100.000 EW über dem Durchschnitt. Die Facharztdichte im Gebiet Psychiatrie lag in Europa 2002 zwischen 7 und 25; hier nimmt Deutschland mit 11 Fachärzten einen niedrigen Rangplatz ein. 2003 nahmen an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 EW 6 Nervenärzte, 4 ärztliche Psychotherapeuten und

15 psychologische Psychotherapeuten teil mit einer erheblichen Variation zwischen den Bundesländern (LSA: 4 Nervenärzte, 0 ärztliche und 4 psychologische Psychotherapeuten). Nervenärzte und Psychiater stellen 4,4 % der niedergelassenen Ärzte und erzielen 3,3 % des Umsatzes mit einem durchschnittlichen Brutto-Einkommen aus der vertragsärztlichen Tätigkeit von ca. 71.000 Euro (zuzüglich etwa 20.000 Euro aus Privatsprechstunde und Gutachten). Nach der GOÄ-Jahresauswertung 2003 werden Leistungen in der Psychotherapie im stationären Rahmen zu zwei Dritteln als Gruppenpsychotherapie erbracht und ambulant zu 99 % als Einzeltherapie.

Die Zahl der Krankenhausfälle durch Alkohol und andere psychotrope Substanzen ist von 282.000 im Jahr 1994 auf 375.000 im Jahr 2004 gestiegen (+ 33 %), die wegen anderer psychischer Störungen von 488.000 auf 644.000 (+ 32 %). Die Anzahl der Krankenhausfälle insgesamt hat im gleichen Zeitraum nur um 11 % zugenommen. Die Krankenhaushäufigkeit mit psychiatrischer Hauptdiagnose (Fälle pro 1.000 EW) ist von 9 im Jahr 1994 auf 12 im Jahr 2004 gestiegen mit einer Streubreite zwischen 11 und 16 (LSA 12). 2004 wurden in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie 703.000 Fälle und in Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin 34.000 Fälle behandelt. Hinsichtlich der Ausstattung mit Planbetten bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Die Krankenhaus-Verweildauer mit psychiatrischer Hauptdiagnose ist von 40,7 Tagen im Jahr 1994 auf 21,4 Tage im Jahr 2004 abgesunken mit einer Streuung zwischen 16,8 und 24,5 Tagen (LSA: 21,1 Tage).

An der Umfrage der Aktion Psychisch Kranke zum Erfüllungsgrad der Psychiatrie-Personalverordnung im Auftrag des BMG haben 196 Kliniken teilgenommen; damit wurden ca. 31.100 von 54.100 Betten erfasst. Zur Erinnerung; Nach dieser Verordnung wird die Mindest-Personalausstattung ermittelt, die eine Klinik vorhalten und die von den Krankenkassen refinanziert werden muss. Insofern sollten von Rechts wegen alle Kliniken mit einer Versorgungsverpflichtung einen Erfüllungsgrad von 100 % erreichen oder überschreiten. 56 Kliniken (18 % der Betten) waren mit „95 % oder besser“ wenigstens annähernd bedarfsgerecht ausgestattet, wenn von der Leistungsverdichtung infolge der Verweildauerverkürzung abgesehen wird. 140 Kliniken mit 82 % der Betten lagen unter 95 %, 88 Kliniken mit 50 % der Betten unter 90 %, 48 Kliniken mit 29 % der Betten unter 85 %, und 21 Kliniken mit 13 % der Betten hatten weniger als 80 % der vorgeschriebenen Mindest-Personalausstattung zur Verfügung.

Im Jahr 2005 wurden in Deutschland Psychopharmaka in einer Größenordnung von 1,4 Mrd. Tagesdosen für 1,8 Mrd. Euro verordnet. Auf Antidepressiva entfielen 52 % der Verordnungen und 35 % des Umsatzes, auf Neuroleptika 19 % und 41 %, auf Schlaf- und Beruhigungsmittel 22 % und 12 % und auf Nootropika und Antidementiva 7 % und 12 %. Der Umsatz von Antidepressiva und Neuroleptika ist seit 1994 um mehr als 100 % gestiegen, der Umsatz von Nootropika/Antidementiva ist um mehr als 50 % zurückgegangen. Berechnungen zum Versorgungsgrad sind aus dem Arzneiverordnungsreport nicht abzuleiten, weil der Diagnose-Bezug und der regionale Bezug der Daten fehlen. Die Arzneimittelausgaben pro GKV-Versicherten insgesamt variieren zwischen den Bundesländern (zwischen 218 Euro in Hessen und 449 Euro in Hamburg). Unterschiede der Richtgrößen für Nervenärzte und Psychiater zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen sind erheblich und nicht nachvollziehbar. Soweit Psychopharmaka als Generika zur Verfügung stehen, werden sie überwiegend als solche verordnet. Die Verordnung von Lithium (stimmungsstabilisierend, antisuizidal, indiziert bei bipolaren affektiven Störungen) ist seit 1994 geringfügig, die Verordnungshäufigkeit von Methylphenidat (Stimulans, indiziert bei hyperkinetischen Störungen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans) seit 1998 stark angestiegen, die Verordnung von Acamprosat (wirksam gegen Alkoholverlangen bei Abhängigkeit) ist seit 1998 deutlich zurückgegangen.

Für Suchtkranke standen im Jahr 2002 neben 1.390 Beratungsstellen und ca. 8.000 Selbsthilfegruppen 369 Einrichtungen für die ambulante Rehabilitation mit ca. 10.400 Plätzen, 14.550 vollstationäre Betten für Entwöhnungsmaßnahmen und ca. 250 Einrichtungen mit ca. 6.450 Plätzen für chronisch mehrfach beeinträchtigte Patienten zur

Verfügung. Über den Stand anderer komplementärer Dienste im Jahr 2000 gibt die von der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz 2003 erarbeitete unveröffentlichte „Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren“ Auskunft. An der Zuverlässigkeit der dort mitgeteilten Daten ist allerdings zu zweifeln (Böcker 2004). Zur Soziotherapie nach § 37a SGBV gibt es keine Angaben.

Die Anzahl der im Maßregelvollzug Untergebrachten hat 1980 ihren tiefsten Stand erreicht und ist seitdem im früheren Bundesgebiet von 3.000 auf mehr als 8.000 Personen im Jahr 2005 angestiegen. Für die neuen Bundesländer gibt es abgesehen von Mecklenburg-Vorpommern keine Daten.

In 1.300 stationären Rehabilitationseinrichtungen wurden im Jahr 2004 knapp 1,9 Mio. Fälle behandelt, darunter im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie einschließlich Sucht (198 Einrichtungen) 67.900 Fälle und im Gebiet Psychotherapeutische Medizin (142 Einrichtungen) 94.300 Fälle. (Ohne Suchterkrankungen liegt die Anzahl der Fälle im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie bei ca. 10.000; seit 2003, soweit öffentlich zugänglich, nicht mehr separat ausgewiesen.) Unter 161.000 Patienten mit psychischen Störungen waren Suchterkrankungen mit 13 %, depressive Störungen mit 20 %, Reaktionen und Anpassungsstörungen mit 19 % und somatoforme und andere neurotische Störungen mit 23 % vertreten, aber Schizophrenien mit 1 %, bipolare Störungen mit 0 %, Zwangsstörungen mit 0 % und Persönlichkeitsstörungen mit 3 %. Der Anteil der schweren chronischen psychischen Erkrankungen in der stationären Rehabilitation entspricht demnach bei weitem nicht ihrer Häufigkeit in der Bevölkerung und in der Krankenhausbehandlung.

Das mittlere Rentenzugangsalter lag 2005 zwischen 61,4 Jahren (für Frauen in den ABL) und 58,9 Jahren (für Frauen in den NBL). Das Zugangsalter zur EU-Rente ist seit 1970 von 59 Jahren bei Frauen (ABL) und 58 Jahren bei Männern (ABL) auf Werte um 50 gesunken. Bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist der Anteil der psychischen Erkrankungen von 1993 bis 2005 von 16 % auf mehr als 32 % angewachsen (Männer: 28 %, Frauen: 38 %).

Zum Stichtag 30.06.2005 erhielten 1.304.000 gesetzlich pflegeversicherte Personen ambulante und teilstationäre Pflegeleistungen (58 % Stufe I, 33 % Stufe II, 10 % Stufe III) und 638.500 Personen vollstationäre Pflege (39 % Stufe I, 41 % Stufe II, 20 % Stufe III). Unter 1.000 Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung bildeten Demenzen 26 % der pflegebegründenden Diagnosen, und unter den in der privaten Pflegeversicherung anerkannten Härtefällen bestanden in 87 % Erkrankungen des Gehirns.

Die Analyse zeigt, dass derzeit auch mit größter Sorgfalt unter Nutzung aller verfügbaren Datenquellen nur ein höchst lückenhaftes Gesamtbild der psychiatrischen Versorgung in Deutschland erarbeitet werden kann. Informationen zur Prozess- und Ergebnisqualität sind überhaupt nicht verfügbar. Soweit die Daten erlauben, zwischen den Bundesländern zu differenzieren, weisen sie auf Unterschiede hin, die mit der Forderung nach einer bedarfsgerechten gleichmäßigen Versorgung der Versicherten nicht in Einklang zu bringen sind; dass auch innerhalb der Bundesländer zwischen den Regionen solche Unterschiede bestehen, muss vermutet werden.

Für die Weiterentwicklung der Versorgung wird eine Datengrundlage benötigt, die über Ad-hoc-Umfragen, Stichtagserhebungen und Momentaufnahmen hinausgeht und sich auf eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung mit einer fortlaufenden Datenerhebung im Längsschnitt stützt. In § 303a-f wurden die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, bis zum 30.06.2004 eine Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz zu schaffen und dem BMG bis zum 31.12.2006 über die Erfahrungen der Datenerhebung zu berichten – eine gesetzliche Verpflichtung, die nach unserem Kenntnisstand bislang nicht eingelöst wurde.

II.2 Ziele und Aufgaben psychiatrischer Versorgung – oder: Braucht Sachsen-Anhalt einen Psychiatrie-Plan?

Felix M. Böcker, Naumburg

1. Versorgungsziele

Wer sich damit beschäftigt, die psychiatrische Versorgung einer Region zu beurteilen, wozu der Ausschuss kraft Gesetzes verpflichtet ist, kommt früher oder später nicht an der Frage vorbei, welchen Zwecken die Sache dient. Warum leistet sich ein Gemeinwesen, eine Gemeinde, ein Landkreis, ein Bundesland, ein Staat überhaupt den Luxus, Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung vorzuhalten? Welche Ziele sollen damit erreicht werden?

- I. An erster Stelle sind die von psychischen Erkrankungen betroffenen Menschen zu nennen: Es muss darum gehen, die Anzahl der verlorenen und der mit Behinderung verbrachten Lebensjahre, also die krankheitsbezogene Belastung, zu senken.
- II. An zweiter Stelle stehen die Familien der Kranken und deren Belastung – körperlich, psychisch und finanziell.
- III. An dritter Stelle folgt die Gemeinschaft der Bürger unter dem Gesichtspunkt der Belastungen
 - durch krankheitsbedingt gestörtes Verhalten
 - durch Ausfall von Produktivität
 - durch Aufwendungen für die Versorgung.

Sofort wird deutlich, wie brisant die Frage ist: Einseitig nur die Belastung des Gemeinwesens senken zu wollen, ohne die Belange der Kranken zu beachten, führt zur Ausrottung der Krankheit durch Tötung der Kranken. Die Ermordung von mehr als 100.000 kranken und behinderten Menschen in Deutschland zwischen 1939 und 1945, von uns heute als Verbrechen gegen die Menschlichkeit eingestuft, war damals nichts anderes als der Versuch, den Staat von damals so genannten „Ballastexistenzen“ zu befreien und als „lebensunwert“ geltendes Leben auszumerzen, unter dem Vorwand, die Kranken von ihrem Leiden zu erlösen. Die Planung der psychiatrischen Versorgung hat demnach unbedingt eine ethisch-moralische Dimension.

Es gibt aber auch einen wissenschaftlich-praktischen Aspekt des Ansatzes: Das allgemeine Ziel, die durch psychische Erkrankungen hervorgerufene Belastung von Patienten, Angehörigen und der Gemeinschaft zu vermindern, kann in einzelnen Teilzielen konkretisiert werden, wenn wir wissen, worin die krankheitsbezogenen Belastungen bestehen. Und wenn zur Epidemiologie psychischer Störungen und zur Beanspruchung des Hilfesystems Daten vorliegen, die im Zeitverlauf wiederholt erhoben werden (Kap. 1), dann wird es möglich,

- Interventionen zu planen, um konkret formulierte Ziele zu erreichen, und
- im Verlauf zu überprüfen, ob eine Region dem Ziel näher kommt oder sich davon entfernt.

Wenn zum Beispiel die Anzahl der durch psychische Erkrankungen verlorenen Lebensjahre reduziert werden soll, könnte es sinnvoll sein, eine Verminderung der Suizidrate anzustreben. Dazu

- müssen wir wissen, wie hoch die Suizidrate ist (gegenwärtige Lage);
- müssen wir versuchen vorauszusagen, wie sie sich ohne Intervention entwickeln wird (Prognose);
- benötigen wir eine Intervention, die effektiv ist (sei es Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation oder Nachsorge);
- müssen wir bestimmen, wie viele Suizide in welcher Zeit durch die Intervention verhindert werden sollen (Ziel), und
- müssen wir prüfen, ob die Suizidrate nach der Intervention gegenüber der Prognose gesunken ist (Outcome).

Bezogen auf Belastungen durch psychische Erkrankungen lassen sich durchaus Versorgungsziele formulieren, die dem Anspruch genügen, messbar und damit konkret überprüfbar zu sein:

- Suizidrate senken
- Suchtmittel-bedingte Mortalität senken
- Anzahl und Dauer der Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen senken
- Anzahl der Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen senken, Zeitpunkt des Rentenbeginns hinausschieben
- Beschäftigungsrate von Menschen mit psychischen Erkrankungen erhöhen
- Anzahl der Menschen senken, die wegen einer psychischen Behinderung im Heim leben müssen
- Anzahl der Zwangseinweisungen in stationäre Behandlung senken
- Stationäre Verweildauer verkürzen, ohne die Behandlungsqualität zu verschlechtern
- Körperliche und psychische Belastung von Angehörigen psychisch Kranker senken
- Finanzielle Belastung von Patienten und Angehörigen vermindern
- Kostenanstieg für die öffentlichen Kassen begrenzen

Dazu einige Anmerkungen:

- Suizide verhindern:

Der Suizid ist die schlimmste Katastrophe, die im Verlauf einer psychischen Erkrankung eintreten kann – sei es, dass die Erkrankung nicht erkannt wurde und unbehandelt geblieben ist; sei es, dass dem Risiko während der Behandlung nicht adäquat begegnet wurde.

Fast alle psychischen Erkrankungen gehen mit einem erhöhten Suizidrisiko einher, insbesondere alle depressiven Störungen, schizophrene Psychosen und Suchterkrankungen, aber auch Erkrankungen junger Menschen wie die Magersucht oder die emotional instabile Persönlichkeitsstörung. Durch Suizid sterben in Deutschland doppelt so viele Menschen wie durch Verkehrsunfälle. Der demographische Wandel wird das Problem verschärfen, weil die Suizidrate alter Menschen hoch ist und es künftig mehr sozial isolierte alte Menschen geben wird.

Die Zahl der Verkehrstoten konnte in Deutschland in den letzten dreißig Jahren trotz gestiegenen Verkehrsaufkommens eindrucksvoll gesenkt werden, von 17.000 im Jahr 1975 auf 9.500 im Jahr 1995 und weniger als 5.400 im Jahr 2005 – vor allem durch die Einführung von technischen Innovationen wie Sicherheitsgurten, Kopfstützen, Airbags, Crashtests, ABS und ESP; es ist ganz selbstverständlich geworden, für sichere Autos sehr viel Geld auszugeben. Zwar ist die Anzahl der Suizide seit 1980 ebenfalls gesunken, allerdings ohne dass die Gründe dafür offensichtlich sind; dennoch starben 2005 mehr als 10.000 Menschen in Deutschland von eigener Hand, in Sachsen-Anhalt waren es 253 (wenn die Todesursachenstatistik stimmt). Dass wirksam interveniert werden kann, ist erwiesen (Nationales Suizidpräventionsprogramm: www.suizidpraevention-deutschland.de). Da die Suizidrate 2005 nur in Nordrhein-Westfalen niedriger war als in Sachsen-Anhalt, wird es nicht leicht sein, für das Ziel einer weiteren Senkung zu werben – dennoch muss es versucht werden.

- Suchtmittelbedingte Todesfälle verhindern:

Noch mehr Aufmerksamkeit verdient die Mortalität durch psychotrope Substanzen. Wer bei diesem Stichwort in erster Linie an Drogentote denkt, dem sei die Bedeutung der Tabakabhängigkeit und des Alkoholmißbrauchs für den Verlust von Menschenleben in Erinnerung gerufen. Psychiatrie und Suchtmedizin haben für Jahrzehnte sträflich darüber hinweggesehen, dass die Nikotinsucht die bedeutendste Suchterkrankung überhaupt darstellt, gemessen an der Zahl der Betroffenen, dem Schweregrad der psychischen und körperlichen Abhängigkeit und den gesundheitlichen Risiken. Die zaghaften Versuche von Bund und Land, wenigstens den Schutz der Menschen zu verbessern, die selbst nicht rauchen, haben zu quälenden Debatten und noch nicht zu greifbaren Ergebnissen geführt. Nach der Auffassung des Ausschusses darf der Gesundheitsschutz nicht beim Schutz der Nichtraucher stehen bleiben. Die Begründung des Gesetzentwurfes für ein Nichtraucher-Schutzgesetz in Sachsen-Anhalt sieht im aktiven Rauchen einen Ausdruck der freien Entfaltung der Persönlichkeit. Dies ist mit den Erkenntnissen der Suchtforschung, wonach süchtige Raucher ganz überwiegend bereits im Jugendalter abhängig geworden sind, nicht in Einklang zu bringen.

Eine Folge der anhaltenden Massenarbeitslosigkeit, vor allem bei Männern ohne berufliche Qualifikation, ist ein außer Kontrolle geratener Umgang mit Alkohol. Dass Wochenende für Wochenende in die Krankenhäuser des Landes Hunderte von Personen jeden Alters mit schweren Alkoholvergiftungen eingewiesen werden, unterstreicht ebenso wie die wachsende Anzahl der Alkoholkranken mit schwerer hirnerkranklicher Beeinträchtigung, die wegen erwiesener Abstinenzunfähigkeit langfristig oder dauerhaft stationäre Hilfeformen benötigen, dass wir in einer „funktionsgestörten Permissivkultur“ leben – was allerdings kaum jemanden zu stören scheint.

- Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung verhindern, Beschäftigungsrate steigern:

Was heißt es konkret, die Belastung durch mit Behinderung verbrachte Lebensjahre zu senken? Häufigkeit und Dauer von Arbeitsbefreiungen und vorzeitigen Berentungen wegen psychischer Erkrankungen steigen an. Nur 20 % der Erwerbstätigen erreichen überhaupt das gesetzliche Rentenalter. Lässt ein solcher Befund Schlussfolgerungen zu

- über die Arbeitsbedingungen in den Betrieben?
- über die Effektivität von Rehabilitation?
- über den Arbeitsmarkt?
- oder haben sich die diagnostischen Gewohnheiten verändert?

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ scheint ins Leere zu laufen, wenn für den genesenen und arbeitswilligen Patienten kein Arbeitsplatz zur Verfügung steht. Das Ziel muss insofern lauten, die Beschäftigungsrate von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erhöhen.

- Intensive Hilfe trotz eigener Wohnung:

Wenn eine psychische Erkrankung chronisch verläuft und die drohende Behinderung durch Rehabilitation nicht behoben, gemildert oder kompensiert werden kann, können Hilfen zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft erforderlich werden. Wenn diese Hilfen intensiv sein müssen, weil die Störung ausgeprägt ist, bedeutet das in der Regel, dass der Betroffene seine Wohnung aufgeben und dorthin ziehen muss, wo die Hilfe angeboten wird. Er gibt dafür vieles auf: Den eigenen Haustürschlüssel, den eigenen Briefkasten, das persönliche Badezimmer, die Möglichkeit, Besuch zu empfangen und über Nacht bei sich zu behalten, die Freiheit, zu essen wann er will, seinen Lebensrhythmus selbst zu bestimmen, ... mit anderen Worten: Aus einem weitgehend selbst bestimmten wird ein überwiegend fremd bestimmtes Leben. Dafür erhält er dann ein Obdach und Versorgung, aber nicht in jedem Fall die fachliche Hilfe, die er eigentlich benötigt. Die Anzahl der Menschen zu reduzieren, die wegen einer psychischen Behinderung im Heim leben müssen, bedeutet insofern, notwendige Formen intensiver Hilfen ohne Aufgabe der eigenen Wohnung zu ermöglichen.

- Weniger Zwangseinweisungen:

Wenn ein Mensch psychisch krank wird, erkrankt das Organ, das dazu dient, zu denken und zu urteilen. Deshalb gehört es zu den eigentümlichen Merkmalen psychischer Erkrankungen, dass es vorkommen kann, dass dem Erkrankten selbst das Krankheitsgefühl oder die Krankheitseinsicht fehlt. Manchmal kommt die erforderliche Behandlung nicht zustande, obwohl Leidensdruck besteht, obwohl der Betroffene für seine Familie oder die Menschen seiner Umgebung zu einer Belastung wird, obwohl er sich selbst gefährdet oder für andere zu einer Gefahr zu werden droht.

In einem gut geordneten Gemeinwesen ist für solche Situationen vorgesorgt. Zwar gehört die Unterscheidung, ob der Betroffene seinen Willen trotz der psychischen Erkrankung frei bestimmen kann, zu den ausgesprochen schwierigen und besonders verantwortungsvollen Aufgaben der Psychiatrie, aber es ist als Errungenschaft der Zivilisation zu betrachten, dass diese Entscheidungen nicht von Psychiatern allein getroffen werden, sondern in klar geregelten Verfahren nach Anhörung der Beteiligten richterlich überprüft und bestätigt werden müssen.

Aber auch wenn die Behandlung gegen den Willen des Patienten gut begründet und auf einer klaren Rechtsgrundlage erfolgt, stellt sie für den Patienten eine zusätzlich belastende Erfahrung dar. Deshalb muss es unser Ziel sein, den Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung zu erleichtern, Vorbehalte und Ängste abzubauen, die Schwelle zu senken und Widerstände zu vermindern, um Zwangseinweisungen vorzubeugen. In der Region des Verf. sind die Unterbringungszahlen trotz besserer klinischer Versorgung dramatisch gestiegen. Das sollte nicht nur den Verf. als Klinikchef stutzig machen, sondern auch den Landkreis und das Land alarmieren.

- Verweildauerverkürzung ohne Drehtüreffekt:

Krankenhausbehandlung ist teuer. Die gegenwärtigen Systeme der Vergütung ambulanter Leistungen verhindern aber, dass Patienten, die eine intensive Behandlung mit mehr als einem oder zwei Kontakten im Quartal nötig haben, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ambulant behandelt werden können. Viele Patienten sind, auch wenn sie wegen ihrer psychischen Störung eine multiprofessionelle Komplexleistung benötigen, trotzdem in der Lage, einen großen Teil ihrer Zeit, also ihres Tages oder ihrer Woche, zuhause in ihrer gewohnten Umgebung zu verbringen. Deshalb haben viele Kliniken begonnen, ihre Behandlungsprogramme teilstationär tagesklinisch zu organisieren oder die intensive Betreuung in die Institutsambulanz zu verlagern. Gebraucht werden neue Formen der integrierten Behandlung, bei denen das Geld der Leistung folgt und auf der Grundlage der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten, Psychologischen Psychotherapeuten und Kliniken bei schweren chronischen Störungen die Betreuungskontinuität gewahrt werden kann.

- Familien entlasten:

In jüngerer Zeit wurde zu Recht auf die Belastungen hingewiesen, denen die Eltern und die Ehepartner psychiatrischer Patienten sich ausgesetzt sehen, bis hin zu einem erheblichen Risiko, infolge der Belastung selbst krank zu werden. Die Familien der Patienten tragen die Hauptlast der Betreuung und einen erheblichen Teil der Kosten. Diese Belastung zu senken, wird sich durchaus lohnen, denn die Familien sind meist die wichtigsten Verbündeten im Umgang mit der Erkrankung. Wenn sie es nicht sind, müssen sie erst recht gewonnen werden. Es ist erwiesen, dass durch intensive Arbeit mit den Angehörigen einschließlich der Paar- und Familientherapie das Rückfallrisiko für schizophrene, affektive und Suchterkrankungen gesenkt werden kann.

Staatlich verordnet verarmen wird, wer nicht von vornherein mittellos ist und Leistungen benötigt, die von der Krankenkasse und dem Rentenversicherungsträger nicht erbracht werden, weil die Sozialhilfe als Rehabilitationsträger nach dem Subsidiaritätsprinzip erst dann einspringt, wenn alle anderen Mittel ausgeschöpft sind.

- Kostenanstieg begrenzen:

Die Belastbarkeit der Solidargemeinschaft gilt als begrenzt; eine hohe Staatsquote durch Steuern und Sozialabgaben ist nicht leistungsfördernd und belastet den Standort Deutschland im globalen Wettbewerb. Deshalb dürfen öffentliche Mittel nicht vergeudet werden; sie müssen effektiv eingesetzt werden. Dabei darf allerdings nicht nur die Belastung des einzelnen Kostenträgers in den Blick genommen werden; vielmehr muss eine Gesamtbetrachtung der direkten und der indirekten Kosten vorgenommen werden.

In diesem Sinne können jederzeit weitere Ziele hinzugefügt werden. Im Interesse der öffentlichen Sicherheit wäre beispielsweise erstrebenswert, die Anzahl der Straftaten zu senken, die von Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen begangen werden. Dann geht es aber der Häufigkeit nach ausdrücklich nicht um spektakuläre Sexualstraftaten und Kindstötungen, sondern erst einmal um die ganz gewöhnliche Drogenkriminalität, um zahlreiche im Alkoholrausch begangene Körperverletzungen und viele alltägliche Verkehrsdelikte.

Ein weiteres Ziel könnte sein, dafür Sorge zu tragen, dass psychisch kranken Rechtsbrechern, die als schuldunfähig oder erheblich vermindert schulfähig beurteilt wurden, im Maßregelvollzug die Freiheit nicht länger entzogen werden muss als den schulfähigen Tätern, die eine Freiheitsstrafe verbüßen. Das würde bedeuten, den Umgang mit psychisch kranken Rechtsbrechern einschließlich der Nachsorge so zu verändern, dass sie außerhalb des geschlossenen Vollzugs betreut werden können.

Im Ergebnis schlagen wir vor, für die psychiatrische Versorgung des Landes Sachsen-Anhalt einen Katalog mit konkreten Versorgungszielen aufzustellen und im Verlauf zu festen Terminen zu prüfen, wie nah das Land seinen Zielen tatsächlich gekommen ist. Das bedeutet nichts anderes als die Übertragung der Prinzipien des Qualitätsmanagements, das die Kostenträger zu Recht von den Leistungserbringern fordern (PDCA-Zyklus: „Plan – Do – Check – Act“), auf die Psychiatrie-Planung des Landes.

2. Versorgungsaufgaben

Wenn Versorgung einmal nicht unter strukturellen, sondern unter funktionellen Gesichtspunkten betrachtet wird, folgt auf die Zielbestimmung die Frage, welche Aufgaben das System zu erfüllen hat, welche Leistungen es erbringen und welche Garantien es übernehmen muss. Dieser Überblick kann nicht auf jedes Detail eingehen; Schwerpunkte werden dort gesetzt, wo sich aus Versorgungslücken in der Gegenwart Aufgaben für die Zukunft stellen.

Vielleicht ist es an dieser Stelle sinnvoll, denjenigen unter den Lesern, die selbst nicht Psychiater sind, in Erinnerung zu rufen, wie breit gefächert das Fachgebiet ist. In der Reihenfolge der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO (ICD-10) zählen zu den psychischen Erkrankungen:

- F0 organische psychische Störungen (Demenz, Delir und andere)
- F1 substanzbezogene Störungen (Alkohol, Drogen, Medikamente)
- F2 Schizophrenien und wahnhaftige Störungen
- F3 affektive Störungen (depressive Störungen, manische und bipolare Störungen)
- F4 neurotische und somatoforme Störungen (phobische Störungen, Panikstörung, andere Angststörungen, Zwangsstörung, Reaktionen auf schwere Belastungen, Anpassungsstörungen, dissoziative und somatoforme Störungen)
- F5 Essstörungen (Magersucht, Bulimie)
- F6 Persönlichkeitsstörungen, Störungen der Impulskontrolle, der Geschlechtsidentität oder der Sexualpräferenz
- F7 Intelligenzminderung (leicht, mittelgradig, schwer)
- F8 Entwicklungsstörungen (Teilleistungsstörungen, frühkindlicher Autismus)
- F9 Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen)

Die Aufgaben der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung lassen sich sieben Funktionsbereichen zuordnen:

- I. Notfallversorgung
- II. Beratung und Fallmanagement
- III. Diagnose und Behandlung
- IV. Rehabilitation
- V. Hilfen zur Teilhabe
- VI. Pflege
- VII. Koordination und Weiterentwicklung

Diese Funktionen ergeben sich zwanglos aus dem typischen Verlauf psychischer Störungen: Hilfe muss im Ernstfall sofort zur Verfügung stehen; der Patient und seine Angehörigen müssen sich im System zurechtfinden; die Störung muss diagnostiziert und behandelt werden; wenn sie damit nicht behoben ist, ist eine rehabilitative Intervention nötig, um Fähigkeitsstörungen zu beheben oder zu kompensieren; wenn eine Beeinträchtigung fortbesteht, muss dennoch ermöglicht werden, am Leben der Gemeinschaft teilzunehmen, und die täglich wiederkehrenden Verrichtungen müssen gesichert werden. Das System soll lebensfeldbezogen und koordiniert arbeiten und sich weiter entwickeln.

Sehen wir uns einzelne Aspekte an:

2.1 Notfallversorgung:

- Selbstverständlich muss in akuten Notfallsituationen für Patienten und Angehörige ein niedrigschwelliger Zugang zur Behandlung gewährleistet sein. Diesen Anspruch erfüllt das Versorgungssystem derzeit nicht. Ein typisches Beispiel ist der Patient mit einer akuten Panikattacke, also einem typischen psychiatrischen Notfall, der sich in der Notaufnahme vorstellt (so in Naumburg im Mai 2007): Wie die anamnestische Befragung ergibt, weiß der Patient schon, dass er eine Panikstörung hat, und er hat sich bereits um eine ambulante Behandlung bemüht, wird aber noch mehrere Monate „auf einen freien Therapieplatz“ warten müssen. Wenn der Zugang zu fachgerechter Behandlung durch Engpässe erschwert wird, entstehen demnach zusätzliches Leid und vermeidbare Kosten. Auf der anderen Seite muss natürlich auch ein möglicher Missbrauch von niedrigschwellig verfügbaren Hilfen eingedämmt werden.
- Bei der funktionellen Betrachtung können die tatsächlich verfügbaren Notfalldienste differenziert werden danach, ob sie für die Versorgung psychischer Erkrankungen spezialisiert sind, ob sie imstande sind, den Patienten vor Ort im Kontext seiner Lebenssituation zu sehen und ob sie rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Der Verf. möchte an den beteiligten Diensten keine Kritik üben; diese tun sicher, was in ihren Möglichkeiten steht. Die Tabelle soll nur eine Versorgungslücke aufzeigen und auf ein Problem hinweisen:

Dienst:	spezialisiert?	aufsuchend?	24 Stunden/ 7 Wochentage?
Hausarzt	nein	ja	nein
ärztlicher Notdienst	nein	ja	ja
Notarzt	nein	ja	ja
Notaufnahme	nein	nein	ja
Telefonseelsorge	(ja) ¹	nein	ja
Facharzt	ja	nein	nein
SpDi	(ja) ²	ja	nein
PIA	ja	ja	nein
Klinik (AvD)	ja	nein	ja

¹ nur anonyme Beratung

² keine Behandlungskompetenz

- Es gibt keine Zeile, die dreimal „Ja“ enthält. Das bedeutet, es gibt keinen spezialisierten Dienst, der aufsuchend arbeitet und rund um die Uhr zur Verfügung steht.
- Der einzige überhaupt rund um die Uhr einsatzbereite spezialisierte Dienst ist die örtlich zuständige psychiatrische Klinik. Diese trägt, gewöhnlich ohne dass es bemerkt oder gar anerkannt wird, einen ganz wesentlichen Teil der ambulanten Notfallversorgung. Nun sind die Kliniken für ambulante Interventionen gerade nicht gut gerüstet. Was liegt näher, wenn der Patient nun schon einmal da ist, als ihn stationär aufzunehmen?

2.2 Beratung und Fallmanagement:

Ergebnis unseres historisch gewachsenen gegliederten Systems der sozialen Sicherung ist ein fragmentiertes Versorgungssystem mit einer Vielfalt von Leistungserbringern, Kostenträgern, Zuständigkeiten und Schnittstellen und zahlreichen Berührungspunkten mit der Jugendhilfe, der Altenhilfe, der Behindertenhilfe, der Suchtkrankenhilfe und sogar der Eingliederung von Langzeit-Arbeitslosen. An der Versorgung beteiligt sind

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

- Hausärzte
- Nervenärzte und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- ärztliche Psychotherapeuten
- psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Kommunale, frei-gemeinnützige und private Träger von

- Medizinischen Versorgungszentren
- Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken
- Werkstätten für behinderte Menschen
- Beratungsstellen, Tagesstätten, Begegnungstätten, Betreuungsangeboten, Pflegediensten
- Übergangseinrichtungen, Wohnheimen, Altenpflegeheimen

Kommunale Behörden

- Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt
- Betreuungsbehörde
- Ordnungsamt
- Amt für Brand- und Katastrophenschutz (Rettungsdienst)

Andere:

- Arbeitsagentur, Arge (Beseitigung von Vermittlungshindernissen)
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit)
- Landesverwaltungsamt (Anerkennung als schwerbehindert)
- Integrationsfachdienst (Begleitung am Arbeitsplatz)
- Amtsgericht (Betreuerbestellung)

Für den Laien, also den Erkrankten und seine Familie, ist in der Regel nicht überschaubar, an welchen von den zahlreichen Leistungserbringern er sich mit seinem spezifischen Hilfebedarf wenden muss und welcher der zahlreichen Kostenträger für diese Leistung zuständig ist. Gebraucht werden also Lotsen im System.

Lotse im Gesundheitswesen soll der Hausarzt sein. Nun reicht die psychiatrische Versorgung allerdings weit über das Gesundheitswesen hinaus; in ihrer Gesamtheit ist die Psychiatrie eben nicht nur Fachgebiet der Medizin, sondern auch Teil der Daseinsvorsorge. Lotsenfunktion für chronisch psychisch Kranke haben manchmal die Sozialpsychiatrischen Dienste und gar nicht so selten die juristischen Betreuer der Kranken.

Aus unserer Sicht fehlt eine Anlaufstelle, die Patienten und Angehörige objektiv berät, das Fallmanagement übernimmt und über alle Instanzen hinweg dafür sorgt, dass die am Beginn

des Prozesses vereinbarten Ziele nicht aus den Augen verloren werden. Fallmanagement hat sich in zahlreichen internationalen Studien als eine der wirksamsten sozialpsychiatrischen Interventionsformen erwiesen [DGPPN-Behandlungsleitlinie „Psychosoziale Therapien“, 2005]. Die nach langen Auseinandersetzungen in das SGB V aufgenommene ambulante Soziotherapie sollte ein solches Fallmanagement ermöglichen, ist aber wegen der praxisfremden Restriktionen ein „Rohrkrepierer“ geworden. Hilfeplankonferenzen als Steuerungsinstrument sind noch nicht in allen Regionen etabliert. Benötigt werden nicht nur gedruckte Psychiatrie-Führer, die alle Leistungsanbieter mit ihren Telefonnummern und Öffnungszeiten auflisten, sondern „Psychiatrie-Führer“ in Person, die Aufgaben des Fallmanagements gewährleisten können.

2.3 Diagnostik und Behandlung:

Psychische Störung als solche zu erkennen, einzuordnen und zu behandeln ist die Kernaufgabe des Versorgungssystems. Verankert ist diese Aufgabe strukturell in zwei Sektoren: In der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung als ambulante Behandlung und im Krankenhaus als ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung.

Rein quantitativ tragen die Hausärzte die Hauptlast der Versorgung, so dass der sich abzeichnende Ärztemangel in ländlichen Regionen auch die Versorgung psychisch kranker Patienten in Frage stellen wird. Über Sorgen um den Nachwuchs bei den niedergelassenen Fachärzten hat der Ausschuss in seinem 13. Bericht ausführlich berichtet. Es ist inzwischen an der Tagesordnung, dass Patienten, die aus der Klinik entlassen werden, zwei Quartale auf einen Termin beim Facharzt warten müssen oder dass die Übernahme der weiteren Behandlung abgelehnt wird. Die Hintergründe sind schnell erklärt: Rein zahlenmäßig stehen – gemessen am Bundesdurchschnitt – in Sachsen-Anhalt zu wenig Fachärzte zur Verfügung; insbesondere bleibt der Generationswechsel aus. Daten aus Bayern sprechen überdies dafür, dass die Mittel für die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung völlig unausgewogen verteilt werden: Dort entfielen 2002 auf psychologische Psychotherapeuten 19 % der Fälle und 50 % des Budgets, auf ärztliche Psychotherapeuten 9 % der Fälle und 24 % des Budgets und auf die fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der überwiegend chronisch psychisch Kranken 72 % der Fälle und 26 % des Budgets.

Nach dem Krankenhausplan 2005/2006 ist die Versorgung am und im Krankenhaus mit 17 Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, 10 Kliniken für Psychotherapeutische Medizin und 6 Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an insgesamt 15 Standorten sowie 19 Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, 5 Tageskliniken für Psychotherapeutische Medizin und 5 Tageskliniken für KJP an insgesamt 17 Standorten gewährleistet; Tageskliniken an weiteren Standorten sind hinzugekommen oder geplant. Für erwachsene Patienten erreicht das Land als Ganzes mit 0,69 stationären Betten und 0,22 teilstationären Plätzen pro 1.000 EW (ohne KJP) eine Bettenmessziffer, die als auskömmlich gelten muss. Bemerkenswert sind die erheblichen regionalen Unterschiede, die auch nach 15 Jahren der Krankenhausplanung fortbestehen. So verfügt der künftige Landkreis Harz über 0,99 stationäre Betten und 0,30 Tagesklinikplätze, während der künftige Landkreis Burgenland aktuell (2007) bei 0,43 Betten und 0,14 Plätzen steht und auch im Jahr 2025 erst 0,57 Betten und 0,19 Plätze erreicht haben wird, wenn der Plan unverändert fortgeschrieben wird.

Ein für die sektorenübergreifende Versorgung der sog. krankenhaushnahen Patienten wichtiges und gegenüber der stationären Behandlung kostengünstiges Instrument ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Institutsambulanz, wenn sie auf der Grundlage einer vereinbarten Einzelleistungsvergütung eine intensive Betreuung und eine multiprofessionelle Komplexleistung ambulant ermöglichen kann. Die fachliche Kompetenz für diese Arbeit hat auch der niedergelassene Facharzt, bei dem allerdings das Vergütungssystem ein intensiveres Engagement für Patienten mit einem hohen Behandlungsbedarf verhindert, so dass gerade diese sogenannten „Heavy User“ immer wieder als Drehtürpatienten in die Kliniken geschickt werden. Intelligenterere Systeme der Vergütung psychiatrisch-

psychotherapeutischer Leistungen bezahlen nicht das belegte Bett, sondern eine definierte und tatsächlich erbrachte Leistung, etwa in der Form regionaler Budgets.

2.4 Rehabilitation:

In anderen Fachgebieten der Medizin erfolgt der Übergang von der Behandlung zur Rehabilitation dann, wenn im Behandlungsverlauf psychosoziale Aspekte in den Vordergrund treten. Diese sind bei psychischen Erkrankungen vom ersten Tag an im Spiel. Deshalb ist Behandlung in der Psychiatrie und Psychotherapie immer rehabilitativ orientiert, und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bei psychischen und Suchterkrankungen stellen meist nur eine Fortführung der Behandlung unter einem anderen Kostenträger und in einem anderen Setting dar, leider noch zu oft ohne regionalen Bezug.

Wenn die Behandlung allein eine Störung nicht zu beseitigen vermag, droht eine psychische Behinderung. Insofern ist hier mit Rehabilitation die Aufgabe gemeint, durch eine geplante, gezielte, zeitlich begrenzte Intervention die drohende Behinderung abzuwenden, zu beheben oder zu kompensieren. Dabei müssen neben persistierenden psychopathologischen Symptomen und Fähigkeitsstörungen auch der Umgang mit der Erkrankung und deren soziale Konsequenzen beachtet werden, insbesondere die Selbststigmatisierung der Betroffenen und die Stigmatisierung durch die soziale Umwelt. Schon bei der Planung der Maßnahme muss in Rechnung gestellt werden, dass die mit der Rehabilitation verbundenen Belastungen auch einmal zu einer erneuten psychischen Dekompensation beitragen können.

Im engeren Sinne berufliche Rehabilitation soll die Beschäftigungssituation psychisch kranker und suchtkrank Menschen verbessern. Hier legen internationale Erfahrungen [DGPPN-Behandlungsleitlinie „Psychosoziale Therapien“, 2005] einen Paradigmenwechsel nahe: Arbeitsrehabilitative Programme folgen in Deutschland noch ganz überwiegend dem traditionellen Prinzip, den Rehabilitanden erst zu trainieren (und ihn, wenn überhaupt, erst dann zu platzieren): Durch die rehabilitative Intervention sollen Leistungsvermögen und berufliche Kompetenzen des Betroffenen verbessert werden, damit er trotz seiner psychischen Erkrankung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zurückkehren kann; dort soll er den Wettbewerb mit anderen Arbeitsuchenden um die verfügbaren Arbeitsplätze bestehen. Erfolgreicher bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung ist der alternative Ansatz, Rehabilitanden erst zu platzieren und dann an ihrem Arbeitsplatz umfassend zu betreuen („supported employment“). Von dieser Möglichkeit wird in Sachsen-Anhalt kaum Gebrauch gemacht; insbesondere wird der Integrationsfachdienst bei psychischen Erkrankungen nicht in Anspruch genommen. Zu hoffen steht, dass der für die Zukunft erwartete Fachkräftemangel dazu beitragen wird, das Leistungspotential von Arbeitnehmern mit psychischen Erkrankungen wieder auszuschöpfen.

2.5 Hilfen zur Teilhabe:

Wenn durch Rehabilitation, wie sie hier verstanden wird, die Behinderung infolge einer chronischen psychischen Erkrankung nicht beseitigt werden kann, werden Hilfen erforderlich, um trotz der Störung die Teilhabe am Leben der Gemeinschaft zu ermöglichen. Diese Hilfen stehen nicht mehr zwingend unter ärztlicher Leitung; unter der Voraussetzung, dass die Behandlung fortgesetzt wird, treten die Lebensbereiche Wohnen, Arbeit oder Beschäftigung, sozialer Kontakt und Freizeitgestaltung in den Vordergrund. Der individuell sehr unterschiedliche, nicht nur von der Behinderung, sondern auch und vor allem vom sozialen Umfeld abhängige Hilfebedarf kann und soll vorrangig durch Nutzung von Ressourcen in der Gemeinde gedeckt werden; professionelle Helfer werden in erster Linie als Fallmanager benötigt, um behinderten Menschen den Zugang zu verfügbaren Hilfen zu erschließen.

2.6 Pflege:

Davon abzugrenzen ist wiederum die Unterstützung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (Aufforderung, Überwachung, Anleitung, Handreichung, Übernahme) im Sinne der aktivierenden Pflege. Zu diesem Aufgabenfeld gehört die Beratung und Schulung der pflegenden Angehörigen und deren zeitweilige Entlastung durch professionelle Helfer (Tagespflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege), die ambulante Pflege in der eigenen

Wohnung durch Pflegedienste und, wenn das soziale Umfeld nicht belastbar ist oder gar nicht existiert, die stationäre Pflege im Altenpflegeheim, zu der sich allmählich und ganz zaghafte Alternativen – zum Beispiel in Form von Hausgemeinschaften – zu entwickeln beginnen. Die Bundesregierung hat angekündigt, künftig speziell für die häusliche Betreuung von Demenzkranken mehr Mittel bereitzustellen.

3. Rahmenbedingungen

Bevor auf die letzte Aufgabe des Versorgungssystems – Koordination, Planung, Steuerung, Weiterentwicklung – eingegangen wird, sollen in einem kurzen Exkurs die Rahmenbedingungen beleuchtet werden, unter denen die genannten Aufgaben erfüllt werden müssen. Was wird sich nach allem, was wir heute wissen, in Zukunft verändern?

Drei große Veränderungsprozesse bestimmen derzeit den öffentlichen Diskurs: Der Klimawandel, die Globalisierung und der demographische Wandel. Unmittelbare Auswirkungen des Klimawandels auf die psychiatrische Versorgung vermag der Verf. derzeit nicht zu erkennen. Den Folgen der als „Globalisierung“ bezeichneten Veränderungen der Arbeitswelt kommt eine enorme Bedeutung zu, denn ohne Zweifel gibt es einen engen Zusammenhang von Wohlstand und Wohlfahrt. Der Ausbau der psychiatrischen Versorgung war schon immer ein Gradmesser für den Entwicklungsstand und die soziale Orientierung eines Gemeinwesens.

Als besonders relevant erscheint allerdings der demographische Wandel, der künftige Gestaltungsmöglichkeiten wesentlich begrenzen wird. Die Bevölkerung insgesamt wird deutlich zurückgehen (von ca. 2.470.000 im Jahr 2005 auf ca. 1.976.000 im Jahr 2025); die Zahl der alten Menschen, zu denen der Jahrgang des Verf. dann gehören wird, wird dagegen von ca. 533.000 auf ca. 605.000 anwachsen, so dass zu erwarten ist, dass auch die Anzahl der kranken, gebrechlichen und pflegebedürftigen Personen zunehmen wird. Da Anzahl und Anteil der Personen im Erwerbsalter deutlich abnehmen werden und mit einem Fachkräftemangel gerechnet wird, stellt sich die Frage, wer künftig Dienstleistungen wie die Betreuung und Pflege von kranken, behinderten, alten und pflegebedürftigen Menschen übernehmen wird und wo die Wertschöpfung für die Finanzierung dieser Dienstleistungen erfolgen soll. Möglicherweise wird künftig ein Pflegenotstand den Ärztemangel und den Zusammenbruch der ambulanten hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung begleiten. Möglich erscheint allerdings auch, dass die Chancen wachsen, Menschen mit Behinderungen und die Mitglieder des sog. „abgehängten Prekariats“ wieder stärker an der Wertschöpfung zu beteiligen.

4. Planung und Koordination:

Um die vielfältigen Aufgaben der Versorgung zu erfüllen, hat sich ein unübersichtliches System mit vielen Schnittstellen entwickelt. Ein so komplexes Gefüge kann sich nicht selbst optimal steuern; Versorgungslücken an der einen Stelle führen zwangsläufig zu Mehrbelastungen andernorts; ohne planende, koordinierende und steuernde Eingriffe wird es zu Verwerfungen kommen. Über die Prinzipien für die Ausgestaltung des Versorgungssystems besteht weitgehend Konsens:

- Seit der Psychiatrie-Enquête (1975) ist unbestritten, dass die Versorgung wohnortnah, bedarfsgerecht, differenziert und koordiniert erfolgen muss und psychisch Kranke nicht diskriminieren darf;
- Im Ergebnis des Modellprogramms der Bundesregierung hat die Expertenkommission schon 1988, also vor fast 20 Jahren, den gemeindepsychiatrischen Verbund vorgeschlagen;
- Das Land Sachsen-Anhalt hat 1992 im PsychKG LSA den Vorrang ambulanter Hilfen festgeschrieben;

- Die Aktion Psychisch Kranke hat 1998 für die Weiterentwicklung des sog. komplementären Bereichs ihren personenzentrierten Ansatz vorgestellt;
- Der Sachverständigenrat hat 2001 in einem ausführlichen Gutachten Ansätze aufgezeigt, um Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen.

Leider ist die Zuständigkeit für Planung und Steuerung genauso fragmentiert wie das System selbst:

- Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat erkannt, dass die Menschen nicht nur unter den Erkrankungen leiden, an denen sie sterben, und hat deshalb die herkömmliche Mortalitätsstatistik ergänzt durch das Konzept der krankheitsbezogenen Belastungen („Burden of Disease“). Bei dieser Betrachtung bestimmen Häufigkeit, Schweregrad und Dauer der Erkrankungen deren gesundheitspolitische Bedeutung. Wenn die Gewichtung nach verlorenen oder mit Behinderung verbrachten Lebensjahren (DALY) vorgenommen wird, dann finden sich in Westeuropa unter den am meisten belastenden fünf psychische Erkrankungen: Depressive Störungen, Alkoholismus, Schizophrenien, bipolare affektive Störungen und Demenzen zählen aufgrund ihrer großen Häufigkeit und ihres Verlaufs zu den besonders bedeutsamen Gesundheitsstörungen; überraschenderweise kommt ihnen größeres Gewicht zu als Asthma, Diabetes, Schlaganfall oder Herzinfarkt.
- Die Europäische Union hat keine gesundheitspolitischen Befugnisse; Gesundheit ist Sache der einzelnen Nationalstaaten. Die EU hat aber erkannt, dass psychische Erkrankungen in Europa einen der bedeutsamsten Gründe für soziale Ungleichheit darstellen und dass sie die Produktivität eines Volkes massiv belasten. Mit der Deklaration von Helsinki¹ und dem „green paper“² hat sie deutlich gemacht, dass Psychiatrie und insbesondere Versorgungsplanung Gegenstand der Sozialpolitik und damit ein politisches Thema ist und in den politischen Raum gehört. Die vorrangigen Aufgaben ihres Aktionsplans lauten:
 1. das Bewusstsein von der Bedeutung des psychischen Wohlbefindens zu fördern,
 2. gemeinsam gegen Stigma, Diskriminierung und Ungleichheit anzugehen,
 3. die Erfahrung und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden anzuerkennen,
 4. den Transfer von Forschung in die Versorgung zu fördern,
 5. umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zu implementieren.

Zu wünschen bleibt, dass die Landesregierung diese Dokumente in ihrem sozialpolitischen Gesamtkonzept angemessen berücksichtigt.

- Die Bundesregierung hat zuletzt 1990 mit der Psychiatrie-Personalverordnung einen bedeutsamen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen geleistet; die anstehende Reform der Pflegeversicherung wird vielleicht eine etwas bessere Betreuung betagter Patienten mit Demenz ermöglichen. Die Sozialgesetzgebung des Bundes schreibt an mehreren Stellen gleichlautend ausdrücklich vor, dass den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist.
- Aus historischen Gründen waren vor der Psychiatrie-Reform nicht die Kommunen, sondern die Länder (in Bayern die Bezirke, in Hessen der Landeswohlfahrtsverband und in NRW die Landschaftsverbände) Träger der psychiatrischen Krankenhäuser. Den

¹ Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit und Europäischer Aktionsplan zur psychischen Gesundheit. Europäische Ministerielle WHO Konferenz Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Helsinki, Finnland, 14.01.2005 (EUR/04/5047810/6)

² Kommission der Europäischen Gemeinschaften: Grünbuch: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Brüssel, 14.10.2005 (http://europa.eu/documents/comm/green_papers/index_de.htm)

Bundesländern obliegt neben der Aufsicht über die meisten Leistungserbringer und Kostenträger auch die Versorgungsplanung. Die im Internet zugänglichen Organigramme von fünfzehn der sechzehn Sozialministerien (mit Ausnahme von Sachsen-Anhalt) weisen deshalb ein Referat für Psychiatrie, psychiatrische Versorgung oder Psychiatrieplanung auf (Stand 21.06.2007). Von Landes-Psychiatrie-Plänen sind in der Vergangenheit wichtige Impulse ausgegangen.

- Wenn psychiatrische Versorgung regionsbezogen organisiert werden soll, dann kommt den kommunalen Gebietskörperschaften, den Landkreisen und kreisfreien Städten zentrale Bedeutung zu bei der Planung und Koordination; erst dann wird „gemeindenaher Psychiatrie“ zur „Gemeindepsychiatrie“. Bereits jetzt sind die Kommunen für große Teile der Versorgung selbst unmittelbar zuständig, soweit sie sich nicht anderer Träger zur Erfüllung ihrer Aufgaben bedienen. In die Daseinsvorsorge und damit in die kommunale Verantwortung gehören:
 - Beratung als niedrigschwellig zugängliche, kostenlose Leistung:
 - psychosoziale Beratung
 - Ehe- und Familienberatung
 - Erziehungsberatung
 - Schwangerschaftskonfliktberatung
 - Suchtberatung
 - Schuldnerberatung
 - Kontakt- und Begegnungsstätten
 - Fallmanagement und aufsuchende Hilfen
 - Sozialpsychiatrischer Dienst
 - Rettungsdienst
 - Notfallseelsorge
 - „Psychologische Erste Hilfe“ bei Katastrophen
 - Aufgaben nach dem Betreuungsgesetz
 - Aufgaben nach dem PsychKG LSA
 - Ambulant Betreutes Wohnen

Außerdem obliegen den Kommunen die Jugendhilfeplanung und die Altenhilfeplanung. Deshalb wäre es nur konsequent, ihnen künftig die Zuständigkeit für die gesamte Eingliederungshilfe (ambulant und stationär) zu übertragen: Für das persönliche Budget, für alle Formen des Betreuten Wohnens, für die Betreuung in Tagesstätten, für Übergangseinrichtungen und für Wohnheime für behinderte Menschen. Für jede einzelne Region lassen sich die Versorgungslücken ganz konkret benennen. Dann kann überlegt werden, wie diese Lücken geschlossen werden können, wie vor Ort die Prioritäten gesehen werden und woher das Geld kommen soll. So gibt es, um die eigene Region des Verf. als Beispiel zu nennen, im Burgenlandkreis

- nur eine lückenhafte (überwiegend ortsgebundene) Notfallversorgung;
- keine Methadon-Substitution für Heroinabhängige;
- keine niedrigschwellig zugänglichen offenen Kontakt- und Begegnungsstätten;
- keine ambulante Rehabilitation für Suchtkranke;
- keinen Kooperationsvertrag nach § 16 SGB II;
- keine Hilfeplan-Konferenzen
- keine intensiven ambulanten Hilfen
(hoher Hilfebedarf kann nur in stationären Hilfeformen gedeckt werden);
- keine Soziotherapie nach § 37a SGB V;
- keine ambulante psychiatrische Krankenpflege.

5. Psychiatrieplanung im Land Sachsen-Anhalt:

Sachsen-Anhalt hat einst unter den fünf neuen Bundesländern eine Vorreiterrolle eingenommen: Das PsychKG LSA ist bereits am 30.01.1992 verkündet worden, und 1992 hat die Landesregierung mit ihrem „Programm zur psychiatrischen Versorgung“ einen Psychiatrie-Plan vorgelegt, der zunächst auch als Arbeitsgrundlage verwendet wurde. Der Plan wurde zuletzt 1996 fortgeschrieben mit einigen strukturellen Zielsetzungen für das Jahr 2000; außerdem wurden Teilpläne vorgelegt (Programm zur Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe 1997; Teilplan für Menschen mit seelischen Behinderungen und für Menschen mit chronischen Suchterkrankungen 1998). Damals hat noch niemand die Bevölkerungsentwicklung voraussehen können, die inzwischen eingetreten ist. 1997 wurden fünf Gesundheitsziele formuliert, darunter das Ziel „Verbrauch und Auswirkungen legaler Suchtmittel: Senkung des Anteils der Raucher und des Alkoholkonsums in allen Altersgruppen, Verringerung alkoholbedingter Unfälle im Strassenverkehr“. Eine Überprüfung im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung war nach fünf Jahren vorgesehen; Ergebnisse sind dem Ausschuss nicht bekannt.

Im aktuellen Organigramm des Soziaministeriums sind Zuständigkeiten für Aspekte der psychiatrischen Versorgung verteilt auf 13 (!) verschiedene Referate und Stabsstellen:

- Referat 21 (Öffentliches Gesundheitswesen, Versorgungsziele)
- Referat 22 (Heilberufe, Rettungswesen)
- Referat 23 (Medizinische Angelegenheiten, Krankenhauswesen)
- Referat 24 (Kranken- und Pflegeversicherung)
- Referat 31 (Menschen mit Behinderungen, Sozialhilfe, gesellschaftliche Teilhabe)
- Referat 33 (Psychiatrieausschuss, Maßregelvollzug, Integration)
- Referat 34 (Rehabilitation und Rente)
- Referat 41 (Koordinierungsstelle für Bürgerschaftliches Engagement ...)
- Referat 43 (Kinder)
- Referat 44 (Jugend)
- Referat 45 (Senioren)
- Stabstelle 43 (Antidiskriminierung)
- Beauftragter der Landesregierung für die Belange behinderter Menschen

(Die Stabsstellen für Demographie, für Grundsatzfragen und für Frauen und Gleichstellung wurden nicht berücksichtigt, obwohl möglicherweise auch dort Fragen der psychiatrischen Versorgung berührt werden).

Sachsen-Anhalt ist das einzige Bundesland, das auf ein Psychiatriereferat glibt verzichten zu können. Aus der Sicht des Ausschusses ist es zwingend erforderlich, die Querschnittsaufgabe der Planung und Überwachung aller Aspekte der psychiatrischen Versorgung an einer Stelle zu bündeln, die unserer Auffassung nach mit psychiatrischer Fachkompetenz ausgestattet sein muss.

Unter der Federführung des Vorgängers der amtierenden Ministerin wurde im Sozialministerium ein „Sozialpolitisches Gesamtkonzept“ erarbeitet, das nicht veröffentlicht wurde. Der Entwurf vom 14.03.2006 enthält das Wort „psychiatrisch“ auf 170 Seiten einmal (indem erwähnt wird, dass die psychiatrischen Fachbereiche der Krankenhäuser von der Abrechnung nach Fallpauschalen ausgenommen sind, S. 80). Von Frau Ministerin wurde dem Ausschuss-Vorstand zur Kenntnis gegeben, dass dieses Konzept für einen mittelfristigen Zeitraum konkretisiert und mit einer Langfristperspektive bis zum Jahr 2020 versehen werden soll. Der theoretische Teil, dessen Entwurf vom 01.03.2007 uns vorliegt, soll ein „Leitbild der Sozialpolitik in Sachsen-Anhalt bis 2020“ formulieren. Auf 24 Seiten wird

die Soziologie der sozialen Ungleichheit abgehandelt, ohne mit einem Wort zu erwähnen, in welchem erheblichem Maß psychische Erkrankungen zu sozialer Benachteiligung beitragen. Für uns ist es vollkommen unverständlich, wie beharrlich die politisch Verantwortlichen des Landes seit etlichen Jahren die Bedeutung der Psychiatrie-Politik als Feld der Sozialpolitik vernachlässigt haben und vernachlässigen.

Der Vorstand des Ausschusses hat in zahlreichen Anhörungen und persönlichen Gesprächen wiederholt auf eine Überarbeitung und Aktualisierung des Psychiatrieplans gedrängt. Von Minister Kley wurde der Vorschlag stets mit der Begründung zurückgewiesen, dass das Land keine rechtlichen Durchgriffsmöglichkeiten habe, um bei den vielen beteiligten Instanzen seine Vorstellungen durchzusetzen; die Entwicklung der Psychiatrie müsse dem freien Spiel der Kräfte überlassen werden. Nachdem Frau Dr. Kuppe, die 1996 für die Fortschreibung des Psychiatrieplans verantwortlich war, in das Amt zurückgekehrt war, das sie von 1994 bis 2002 schon einmal inne hatte, hat der Ausschuss-Vorstand auf eine Wiederbelebung der Psychiatrieplanung gehofft und diese – bisher vergeblich – eingefordert.

Wir haben in diesem Beitrag zu zeigen versucht, wie viele Facetten und wie viele Berührungspunkte mit anderen Feldern der Sozialpolitik psychiatrische Versorgung hat. Gerade deshalb wird eine Orientierung durch ein Rahmenkonzept mit verbindlichen Vorgaben benötigt. Dabei stehen der Landesregierung unserer Auffassung nach durchaus Möglichkeiten offen, ihren Plänen Gehör und ihren Zielen Geltung zu verschaffen, wenn sie dies nur wollte und einen Plan hätte. Der unmittelbaren Verantwortung dafür,

- Versorgungsziele zu formulieren,
- Datenmaterial bereit zu stellen,
- die klinische Versorgung zu planen,
- ihre umfangreichen Aufsichtspflichten auszuüben (über die Gesundheitsämter, die Ärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkassen, die Sozialagentur, den landeseigenen Krankenhausbetrieb, um nur einige zu nennen),

kann sie sich nicht entziehen. In diesem Zusammenhang darf daran erinnert werden, dass die psychiatrische Versorgung auch als ein bedeutender Wirtschaftszweig mit beträchtlichen Potentialen betrachtet werden kann: In den Jahren seit 1990 hat die Psychiatrie-Reform zu Investitionen Anlass gegeben und zahlreiche Arbeitsplätze entstehen lassen. Es wäre reizvoll, diese einmal zusammen zu addieren. In den kommenden Jahren wird das Versorgungssystem dazu beitragen müssen, die Produktivität von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erhalten, denn wegen des demographischen Wandels werden wir es uns nicht mehr leisten können, auf die Arbeitskraft unserer psychisch kranken Mitbürger zu verzichten. So lassen die von uns genannten Versorgungsziele sich sehr wohl mit wirtschaftlichen Zielen verbinden.

Die technischen Innovationen der Automobilindustrie haben nicht nur den Strassenverkehr sicherer gemacht, sondern auch die Wirtschaft angekurbelt und Wachstum und Wohlstand gefördert. Wenn erst einmal erkannt wird, welche Bedeutung die seelische Gesundheit für das Gedeihen eines Gemeinwesens hat, halten wir es durchaus für denkbar, mit der Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zur Wertschöpfung beizutragen, weitere Investitionen anzuschieben, Arbeitsplätze zu schaffen und Standorte auszubauen. Nach unserer Überzeugung ist es möglich, bedarfsgerecht soziale Dienstleistungen zu erbringen und dabei unternehmerisch zu denken und zu handeln.

II.3 Zur Situation der Psychologischen Psychotherapie in Sachsen-Anhalt

Christel Conrad, Waltraud Groscheck, Magdeburg; Bernd Langer, Halle

Seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) am 01.01.1999 sind die Psychologischen Psychotherapeuten als eigenständiger Heilberuf anerkannt. Während die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut ausschließlich Diplom-Psychologen vorbehalten ist, kann die Approbation als Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut auch von anderen Berufsgruppen, etwa von Diplom-Pädagogen oder Sozialpädagogen, erworben werden. In beiden Fällen ist eine dreijährige (oder berufsbegleitend fünfjährige) postgraduale Ausbildung mit staatlicher Abschlussprüfung nachzuweisen. Psychologische Psychotherapeuten mit den entsprechenden Fachkunde-Nachweisen sind berechtigt, sowohl Erwachsene als auch Kinder zu behandeln, während Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln dürfen.

Nach Mitteilung des Landesprüfungsamtes wurden bis Mai 2007 insgesamt 255 Approbationen erteilt – 236 für Psychologische Psychotherapeuten, von denen 75 auch eine Genehmigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben, und 19 für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Hinsichtlich der therapeutischen Orientierung sind die beiden Hauptverfahren – Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie – jeweils etwa gleich stark vertreten.

Die meisten Approbationen, nämlich 195, wurden bereits 1998 vergeben (nach den in § 12 Psychotherapeutengesetz vorgesehenen Übergangsvorschriften). 1999 erfolgten nochmals 23 Approbationen und in den Folgejahren etwa fünf bis zehn pro Jahr; Anträge nach den Übergangsvorschriften sind naturgemäß stark zurückgegangen. Neu gegründete Ausbildungsinstitute wurden erst 1999/2000 und später anerkannt. Viele Kandidaten absolvieren ihre Ausbildung berufsbegleitend, was die Ausbildungsdauer verlängert; Anträge auf Zulassung zur Staatsprüfung gehen bislang noch sehr vereinzelt ein.

Während Diplom-Psychologen vor 1999 im so genannten Delegationsverfahren in eigener Niederlassung an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen konnten, besteht seitdem für approbierte psychologische Psychotherapeuten mit Fachkundenachweis die Möglichkeit, eigenständig im Rahmen einer Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung teilzuhaben. Vier Fünftel der psychologischen Psychotherapeuten, die seit 1999 die Approbation erhalten haben, sind auch tatsächlich ambulant tätig: Nach Auskunft des Zulassungsausschusses bei der KVSA (Stand 11.04.2007) sind 25,7 ärztliche und 198 psychologische Psychotherapeuten an der ambulanten Versorgung beteiligt. Von insgesamt 18.500 ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland (Auskunft der Bundespsychotherapeutenkammer) sind demnach nur 1,2 % in Sachsen-Anhalt tätig. Die Versorgungsdichte weist große Unterschiede auf: Während im Bundesdurchschnitt 22,4 Psychotherapeuten für 100.000 Einwohner zur Verfügung stehen, beträgt das Verhältnis (unter Zugrundelegung der Einwohnerzahlen am 31.12.2005) in Sachsen-Anhalt 9,1 Psychotherapeuten für 100.000 Einwohner. Die Anzahl der ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte ist hierbei vergleichsweise gering und liegt ebenfalls deutlich unter dem Bundesdurchschnitt.

Die Versorgung durch psychologische Psychotherapeuten hat sich also im Vergleich zu den im Bericht im Jahre 2000 dargestellten Ausführungen deutlich verbessert. Insbesondere in den beiden größten Städten Magdeburg und Halle ist ein deutlicher Zuwachs zu verzeichnen. Die übrigen Planungsbereiche (Landkreise) sind jedoch höchst unterschiedlich psychotherapeutisch versorgt. Zulassungen sind noch in den Planungsbereichen Mansfelder Land (2), Merseburg-Querfurt (3), Saalkreis (1), Sangerhausen (1) und Aschersleben-Staßfurt (4) möglich. Die anderen Planungsbereiche sind für diese Berufsgruppe gesperrt. Im

Gegensatz dazu waren Anfang 2005 laut Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Fachärzte für psychotherapeutische Medizin noch 50 % aller Planungsbereiche in der Bundesrepublik offen; 1.913 mögliche Kassenarztsitze konnten deutschlandweit nicht mit ärztlichen Psychotherapeuten besetzt werden. Eine Mindestquote von 40 % für ärztliche Psychotherapeuten gilt bis 2008 als eine Art von Bestandschutz (§ 101 Abs. 4 SGB V).

Während sich also die ambulante Versorgung mit psychologischen Psychotherapeuten insgesamt verbessert hat, bestehen weiterhin gravierend lange Wartezeiten für einen ambulanten Behandlungsplatz im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, obwohl nach Auskunft des Zulassungsausschusses insgesamt 89 Personen über die Befugnis zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen verfügen. In diese Zahl eingeschlossen sind einige wenige Fachärzte für KJPP, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Vermutet wird, dass etliche der Psychologen trotz ihrer Qualifikation vornehmlich erwachsene Patienten behandeln. Nach einer Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 2004 aus dem Bundesarztregister zum Stichtag 31.12.2003 war die Versorgungsdichte mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den neuen Bundesländern deutlich niedriger als in den alten Bundesländern. In Sachsen-Anhalt betrug sie damals 0,4 je 100.000 Einwohner. Damit war in Sachsen-Anhalt das schlechteste Verhältnis der gesamten Bundesrepublik anzutreffen. Im Gegensatz dazu wurden für Hessen 8,7, für Bayern 7,1 und für Baden-Württemberg 7,0 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten je 100.000 Einwohner angegeben. Derzeit liegen keine Zahlen bezüglich der Bedarfsplanung bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für Sachsen-Anhalt vor. Die Bundespsychotherapeutenkammer forderte, 20 % aller Psychotherapeutischen Praxissitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder überwiegend oder ausschließlich Kinder- und Jugendliche behandelnde psychologische Psychotherapeuten vorzubehalten. Dieser Vorschlag fand jedoch keine Berücksichtigung im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das im Januar 2007 verabschiedet wurde.

Wegen der psychotherapeutischen Unterversorgung ist die Beratung und Behandlung in Familien- und Erziehungsberatungsstellen eine feste Größe, aber auch hier gibt es Wartezeiten. Die stationäre Kinder- und Jugendpsychotherapie wird deshalb als Alternative zur Überbrückung der langen Wartezeiten gesehen, was dem gesetzlichen Vorrang ambulanter Hilfen nicht entspricht, den Mangel an ambulanten psychotherapeutischen Möglichkeiten nicht ausgleichen kann, für die Kontinuität der Eltern-Kind-Beziehung nicht günstig erscheint und auch wirtschaftlich nicht vertretbar ist.

Etwa 40 approbierte psychologische Psychotherapeuten arbeiten als Angestellte in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, in Psychosomatischen Kliniken, in Reha-Kliniken oder in Beratungsstellen. Der Bedarf an Diplom-Psychologen in psychiatrischen Kliniken wird – wie für fünf weitere Berufsgruppen – durch die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) geregelt, die 1990 in Kraft getreten und seitdem unverändert geblieben ist. Auch in den meisten Tarifverträgen wird die Tätigkeit von approbierten psychologischen Psychotherapeuten und von „Psychotherapeuten in Ausbildung“ nicht gesondert berücksichtigt. In den alten Bundesländern soll es Kliniken geben, die ein Entgelt dafür verlangen, dass sie einem „Psychologen im Praktikum“ einen Praktikumsplatz zur Verfügung stellen. In Sachsen-Anhalt sind etliche Kliniken bereit (und zum Teil auch verpflichtet), in Anlehnung an Bestimmungen des TVÖD eine Praktikumsvergütung zu zahlen, die in der Regel freilich weder die Lebenshaltungskosten noch die Ausbildungskosten decken wird. Für die jungen Leute, die diesen Beruf anstreben, ist es schon bitter, im Anschluss an neun Pflichtsemester Studium, Diplomarbeit und Diplomprüfung einerseits die Kosten der weiteren Ausbildung aufbringen zu müssen und andererseits ohne eigenes Einkommen zu bleiben. Allerdings hatte der Gesetzgeber keine andere Wahl, denn für Weiterbildung (anstelle von Ausbildung) wäre nicht der Bund, sondern wären die Länder zuständig gewesen. Jedoch steht den Tarifparteien die Möglichkeit offen, zumindest für die Tätigkeit des „Psychologen im

Praktikum“ eine seinem Ausbildungsstand angemessene Ausbildungsvergütung zu vereinbaren, was bisher allerdings unterblieben ist.

Nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes wurde im Mai 2003 die Bundespsychotherapeutenkammer als berufspolitische Vertretung der psychologischen Psychotherapeuten gewählt. Für die neuen Bundesländer wurde in berufspolitischer Diskussion die Errichtung einer gemeinsamen Kammer im Osten Deutschlands durchgesetzt. Seit dem 01.04.2007 ist diese ostdeutsche Psychotherapeutenkammer auch der Bundespsychotherapeutenkammer beigetreten. Die ostdeutsche Psychotherapeutenkammer nimmt die öffentlich rechtliche Interessenvertretung aller psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der beteiligten fünf Bundesländer wahr und übt Berufsaufsicht aus. Berufseigene Angelegenheiten wie die Sicherung und Gestaltung der Weiter- und Fortbildung und die Festlegung sowie Kontrolle des Berufsrechts sind in die Selbstverantwortung übergegangen.

Für die Ausbildung der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Sachsen-Anhalt sind inzwischen vier Institute staatlich anerkannt, nämlich das Mitteldeutsche Institut für Psychoanalyse (MIP) in Halle, das Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie in Magdeburg, das Institut für Verhaltenstherapie Brandenburg (Regionalinstitut Sachsen- Anhalt in Magdeburg) sowie das Magdeburger Ausbildungsinstitut für Psychotherapeutische Psychologie (MAPP). Weitere Institute sind in Gründung. Etliche Kandidaten nutzen auch Ausbildungsmöglichkeiten jenseits der Landesgrenzen, beispielsweise in Leipzig, Dresden, Erfurt, Hannover und Berlin.

Obwohl sich also insgesamt Verbesserungen der psychotherapeutischen Versorgung feststellen lassen, ist dennoch nach wie vor die Dichte der Versorgung wesentlich geringer als im Bundesdurchschnitt. Besonders gravierend stellt sich die Situation in den ländlichen Versorgungsregionen dar sowie im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Im Ergebnis kann es durchaus zu einer Inanspruchnahme teurerer stationärer oder teilstationärer Behandlungsangebote kommen, wenn durch die langen Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie eine Chronifizierung oder Verschlechterung der Störung eingetreten ist. Andererseits ist in der derzeitigen Versorgungssituation auch nicht zu erwarten, dass in relevantem Umfang psychiatrische und psychosomatische Störungsbilder von niedergelassenen Psychotherapeuten (weiter-)behandelt werden können, die auf Grund ihrer Art und Schwere bisher in den meisten Fällen stationär behandelt werden. Die Schnittstelle zwischen stationärer bzw. teilstationärer Behandlung und ambulanter Behandlung ist noch wenig durchlässig, und sektorenübergreifende Versorgungsformen werden bislang nicht praktiziert. Aus klinischer Sicht wäre unter anderem ein kurzfristiger Zugang zu ambulanter psychotherapeutischer Krisenintervention wünschenswert.

II.4 Substitutionsbehandlung Drogenkranker in Sachsen-Anhalt

Gabriele Jungbluth-Strube, Bernburg, Gerlinde Gerdes, Halle

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es derzeit mehr als 150.000 Opiatabhängige, wovon etwa 50.000 eine Substitutionsbehandlung erhalten. Substitution bedeutet, einem opiatabhängigen Patienten einen Drogenersatzstoff zu verabreichen. Dies geschieht unter strenger ärztlicher Überwachung und unterliegt gesonderten Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (BUB-Richtlinien), der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) und des Arzneimittelgesetzes. Mit der Substitutionstherapie ist es möglich geworden, vielen Opiatabhängigen nach erfolglosen Abstinenztherapien das Überleben zu sichern, die Chance für eine Resozialisierung zu verbessern und das Risiko für begleitende Infektionskrankheiten zu senken. Erst vor wenigen Jahren wurden die BUB-Richtlinien insofern geändert, dass nunmehr nicht nur schwerstkranke Patienten mit komorbid bestehenden Begleiterkrankungen substituiert werden dürfen, sondern die Diagnose einer Opiatabhängigkeit und die Indikationsstellung des Arztes, der zur Substitution berechtigt ist, ausreichen – vorausgesetzt, die Opiatabhängigkeit besteht seit mindestens zwei Jahren. Ziel der Substitutionsbehandlung ist es dann, die Betäubungsmittelabstinenz schrittweise wieder herzustellen, den Gesundheitszustand zu verbessern oder zu stabilisieren bzw. neben der Opiatabhängigkeit bestehende schwere Erkrankungen zu behandeln. Ziele können darüber hinaus sein, Risiken der Abhängigkeit während einer Schwangerschaft oder nach der Geburt zu verringern.

In der Regel muss ein substituierender Arzt für die Behandlung Opiatabhängiger über die Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ verfügen. Ohne diesen Fachkundenachweis darf der Arzt nach § 5 Abs. 3 der BTMVV nur bis zu drei Patienten gleichzeitig substituieren unter der Voraussetzung, dass er einen Konsiliarius benennen kann, der über einen solchen Fachkundenachweis verfügt und dem er seine Patienten mindestens einmal im Quartal vorstellt.

Darüber hinaus wird es notwendig, die Patientendaten zu verschlüsseln und der Bundesopiumstelle sowie der Krankenkasse eine Meldung über Beginn und Beendigung der Substitution mit Angaben über das Substitutionsmittel zur Verfügung zu stellen, um Doppelsubstitutionen zu vermeiden. Einmal in der Woche soll in der Regel ein Kontakt des Arztes mit dem Patienten stattfinden. Darüber hinaus sind in den BUB-Richtlinien zahlreiche Auflagen enthalten, für die der Arzt Sorge zu tragen hat. So besteht eine Verpflichtung zu „erforderlichen Betreuungsmaßnahmen“ in Form einer psychosozialen Begleitbehandlung; ein gefährlicher Beikonsum darf nicht betrieben werden, und das verschriebene Substitutionsmittel muss bestimmungsgemäß verwendet werden. Auch die Patienten haben eine Reihe an Voraussetzungen zu erfüllen, um in die Substitutionsbehandlung eingeschlossen werden zu können. Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer ist der substituierende Arzt zu einer umfangreichen Dokumentation verpflichtet. Eine gute Anleitung enthält das Arzthandbuch der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Zur Durchführung der Substitution können Mittel eingesetzt werden, die in der BTMVV zugelassen sind (in der Regel sind dies L- Polamidon, Methadon und Buprenorphin). Der Arzt darf dabei dem Patienten das Mittel nur zum unmittelbaren Verbrauch unter Aufsicht überlassen. Bekommt der Abhängige ein Substitutionsmittel seit mehr als sechs Monaten und besteht seit mindestens drei Monaten kein gefährdender Beigebrauch mehr, ist eine „Take-home-Vergabe“ möglich. Allerdings darf der Arzt das Mittel dann nur verordnen, aber nicht abgeben; der Patient muss sein Rezept in einer Apotheke einlösen.

War es früher noch notwendig, die Substitutionsbehandlung für jeden Patienten für eine bestimmte Frist zu beantragen, besteht heute nur noch eine Meldepflicht. Bei der Ärztekammer besteht eine Beratungskommission, bei der KVSA seit 1997 eine

Qualitätssicherungskommission, die so genannte „Substitutionskommission“. Diese setzt sich aus Vertretern der KV, der Landesverbände der Krankenkassen und aus substituierenden Ärzten zusammen, womit eine Beurteilung der geprüften Fälle sehr schnell und sicher gegeben ist.

War der Bedarf an Substitutionsbehandlungen anfangs noch gering, so kam es seit dem Jahr 2000 zu einem erheblichen Anstieg, vor allem deshalb, weil die Zahl schwer Abhängiger immer mehr zunahm. In manchen Regionen ist die Versorgung recht günstig, so in Halle, wo 1997 bereits ein Qualitätszirkel zur Substitution ins Leben gerufen wurde; andere Landkreise, zum Beispiel Weißenfels, sind dagegen schlecht oder gar nicht versorgt, was deutlich zu einer Verelendung der Opiatabhängigen in diesen Regionen führt. Dennoch geht aus den Ergebnissen der Kommissionsarbeit hervor, dass der erreichte Stand der Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige in Sachsen-Anhalt insgesamt als gut einzuschätzen ist. Die Substitutionsbehandlungen erfolgen fast ausnahmslos in guter Qualität und nach den geltenden BUB-Richtlinien. Schwierigkeiten gibt es immer wieder beim Erbringen von Nachweisen einer psychosozialen Begleitung. Diese wäre von den Sucht- und Drogenberatungsstellen zu leisten, die zum Teil für diese Aufgabe nicht ausreichend ausgestattet sind und die diese Tätigkeit auch nicht vergütet bekommen. Einige schon länger betreute Patienten, die wieder in einem stabilen sozialen Rahmen leben, möchten keine psychosoziale Begleitbehandlung mehr in Anspruch nehmen, müssen aber wenigstens einer Dokumentationspflicht nachkommen. Wenn für die Suchtberatung in einer Region ausschließlich das Gesundheitsamt zur Verfügung steht und keine Beratungsstelle in freier Trägerschaft, erschwert dies den Zugang für manche der Betroffenen zusätzlich.

Aus Sicht der dort tätigen Ärzte und der örtlichen Beratungsstellen gibt es in den großstädtischen Gebieten Halle, Magdeburg und Dessau gegenwärtig noch ausreichende Substitutionskapazitäten zur Versorgung opiatabhängiger Patienten. Die Zahl der substituierenden Ärzte hat sich insgesamt erhöht. Allerdings ist die Zahl berechtigter, qualifizierter Ärzte nicht der Maßstab für tatsächlich vorhandene Behandlungsangebote in den Regionen. Hier ergeben sich regional doch sehr deutliche Unterschiede. Substituierende Ärzte gelangen zunehmend an die Grenzen ihrer Behandlungskapazität, wobei jeder Arzt bis zu 50 Patienten, im Ausnahmefall und auf Antrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung als Schwerpunktpraxis auch 100 Patienten substituieren darf. Durch die Unterversorgung in einigen Landkreisen sind dann die Ärzte, die eine größere Behandlungskapazität aufweisen, sehr schnell frequentiert von Patienten aus Kreisen, in denen keine oder zu wenige Angebote zur Substitution bestehen, wobei hier vorrangig die Regionen Mansfelder Land, Aschersleben-Staßfurt, Merseburg-Querfurt, Weißenfels und Bitterfeld hervorzuheben sind.

Die psychosozialen Beratungsstellen arbeiten nach Auskünften der Ärzte und der Landesstelle für Suchtfragen auf einem unterschiedlichen Niveau. In diesem Bereich wird es notwendig sein, Richtlinien zur Betreuung zu erstellen, die die Beratungsstellen auch absichern können. Andererseits besteht hier der dringende Bedarf einer gesonderten Vergütung, damit auch die erforderlichen personellen und zeitlichen Ressourcen frei geschaltet werden könnten. Trotz einer vorhandenen Qualifikation in „Suchtmedizinischer Grundversorgung“ nach Absolvieren des Curriculums sind viele Ärzte zu einer suchtmmedizinischen Arbeit und vor allem zur Substitutionsbehandlung nicht bereit. Dies mag daran liegen, dass die Rahmenbedingungen für die Substitutionsbehandlung und die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Praxen für viele nicht attraktiv erscheinen. Denn damit ist für den Arzt nicht nur ein sehr hoher Aufwand an Dokumentation im Vergleich zur Behandlung anderer Patienten verbunden. Durch die wenig flächendeckende Versorgung kann die substituierende Arztpraxis auch schnell zur Schwerpunktpraxis werden, weil andere Patienten dadurch diese Praxis nicht mehr aufsuchen. Außerdem muss der Arzt mit vielen „juristischen Stolpersteinen“ leben, was viele Kollegen von solcher Arbeit abhält.

Nun zur Beantwortung konkreter Fragen: In Sachsen-Anhalt ist insgesamt ein steigender Trend der Substitutionsbehandlungen zu bemerken. Gab es im Jahre 2003 noch 470 Anmeldungen zur Substitutionsbehandlung, so waren es im Jahr 2005 schon 782. Der Trend

ist weiterhin steigend. Die Anzahl der Ärzte, die sich an der Substitutionsbehandlung beteiligen, ist von 23 in 2003 auf 33 in 2005 gestiegen; damit können theoretisch maximal 1.650 Patienten versorgt werden. Überwiegend handelt es sich um Allgemeinmediziner und Nervenärzte.

Nochmals sei darauf hingewiesen, dass sich zwar durch die Änderung der BUB-Richtlinien bedeutende Erleichterungen bei dieser Behandlung ergeben haben, dennoch aber die Kollegen immer wieder in juristische Schwierigkeiten geraten. Es gestaltet sich als schwierig, Kollegen zur Mitarbeit zu gewinnen, denn die Verpflichtung, Substitutionen anzubieten, trifft nicht den einzelnen Arzt, sondern im Rahmen des Sicherstellungsauftrages die KVSA. Auch kann man Kollegen schlecht dazu „überreden“, täglich mit juristischen Stolpersteinen umzugehen und noch dazu - ebenso wie ihre Patienten - auch im Jahre 2007 als stigmatisiert zu gelten. Eine Stigmatisierung auch in medizinischen Fachkreisen erfahren nämlich nach wie vor sämtliche professionellen Helfer in der Suchtmedizin.

II.5 Behandlung psychischer Erkrankungen mit Elektrokonvulsionstherapie (EKT) im Land Sachsen-Anhalt

Felix M. Böcker, Naumburg

Im vergangenen Jahr haben Mitglieder des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker den Ausschuss nach dem Stellenwert der EKT gefragt. Dass über diese Behandlungsmethode noch immer eine erhebliche Verunsicherung besteht, war für den Ausschuss Anlass, auf das Thema in seinem Bericht einzugehen:

Wer einem Facharzt für Innere Medizin oder einem Kardiologen die Frage stellt, ob „Elektroschocks“ als Therapieverfahren noch zeitgemäß sind, wird zur Antwort bekommen, dass die Defibrillation durch einen Elektroschock beim Herzstillstand durch Kammerflimmern eine lebensrettende Maßnahme darstellt, die der Notarzt und die Intensivstation jederzeit zur Verfügung haben müssen, und er wird vielleicht etwas über die neueste technische Entwicklung bei implantierbaren Defibrillatoren hören. Über die Behandlung von Herzerkrankungen mit Hilfe elektrischer Impulse berichten auch die Medien gern, in sachlicher Form und mit deutlicher Betonung des technischen Fortschritts.

Eine Analyse der Berichterstattung in großen überregionalen Zeitungen und Zeitschriften des Jahrgangs 1995 (FAZ, Neue Zürcher Zeitung, Spiegel, TAZ) hat gezeigt, dass Berichte über die Anwendung elektrischen Stroms zur Behandlung psychischer Erkrankungen mit einem ganz anderen Tonfall daherkommen. Sie knüpfen eher an überkommene Vorstellungen von einem gewaltsamen Umgang mit psychisch kranken Menschen an und bringen die Elektrokrampftherapie in einen Zusammenhang mit brutalen Foltermethoden. Zwei Beispiele aus dieser Analyse:

TAZ, dpa- Meldung unter dem Titel: *„Foltermethoden. In der Psychiatrie werden Kranke wieder mit Elektroschock behandelt“*. Zitat: *„Elektroschocks als Behandlungsmethode in der Psychiatrie galten lange Zeit als staatlich finanzierte schwere Folter von Patienten. Festgeschnallt auf einen Tisch, Elektroden an den Schläfen befestigt, wurden Stromstöße durch den Körper des Unglücklichen gejagt, oft so schwer, dass sie sich Zähne ausbissen oder dass unkontrollierte Muskelkontraktionen zu Knochenbrüchen führten.“*

Spiegel, Ressort Wissenschaft, Überschrift *„Blitzschlag ins Hirn“*; Zitat: *„Der Patient war rebellisch und wiegelte seine Leidensgenossen auf. Gutes Zureden half nicht. Da verpassten die Ärzte dem Aufsässigen einen Elektroschock – ein schauriger Anblick. Pfleger packten und knebelten den sich sträubenden Mann. Als der Strom sein Gehirn durchpulste, würgte und spuckte er, sein Körper wand sich in heftigen Krämpfen. Ein künstlich ausgelöster epileptischer Krampfanfall zur Heilung – oder eher als folterähnliche Strafmaßnahme?“*

Was hier beschrieben wird, ist allerdings nicht die Realität einer psychiatrischen Klinik, sondern Fiktion, nämlich eine Szene aus einem Spielfilm: Jack Nicholson in „Einer flog über das Kuckucksnest“ von Milos Forman aus dem Jahr 1975.

Jahrelang erhielten Abgeordnete des Landtags und Personen des öffentlichen Lebens Briefe von verschiedenen Privatpersonen und Organisationen, die erreichen wollen, dass die Elektrokrampftherapie in Deutschland und weltweit verboten wird. Dabei wird unterstellt, dass mit der Anwendung dieses Verfahrens immer eine Verletzung von Menschenrechten verbunden ist. Ganz unterschiedliche psychiatriekritische und antipsychiatrische Bewegungen finden schon seit mehr als 30 Jahren in der Ablehnung der EKT ihren gemeinsamen Nenner. Einen Austausch mit Ärzten, die auf dem Gebiet der Psychiatrie arbeiten und forschen, lehnen solche Organisationen im Allgemeinen ab.

Selbstverständlich muss die Seelenheilkunde als wissenschaftliches Fachgebiet der Medizin sich mit kritischen Einwänden gegen ihre Therapiemethoden ernsthaft auseinandersetzen und deren Berechtigung prüfen. Tatsächlich hat die Forschung zur EKT der öffentlichen Kritik wesentliche Impulse zu verdanken. Auf der anderen Seite wünschen sich Kliniker und Wissenschaftler, dass die Öffentlichkeit die Forschungsergebnisse auch unvoreingenommen zur Kenntnis nimmt und nicht an überkommenen Vorurteilen festhält.

Es gibt drei Arten von Einwänden gegen die EKT: Solche, die berechtigt sind; solche, die durch die Modifikation der Behandlungstechnik überholt sind, und solche, die widerlegt sind. Dieser Beitrag soll über die Chancen und Risiken des Verfahrens informieren, zeigen, dass EKT heute in Deutschland zu Unrecht viel zu selten angewendet wird, und abschließend die Verfügbarkeit in Sachsen-Anhalt darstellen.

Am Beginn steht ein kurzer historischer Rückblick. Es folgen die Standards, die heute für das praktische Vorgehen gelten. Dann werden die Krankheitsbilder benannt, für die das Verfahren in Betracht kommt, unser Wissen über den Wirkungsmechanismus kurz zusammengefasst, Risiken und Nebenwirkungen erörtert, Befunde zur Häufigkeit der Anwendung zur Diskussion gestellt und abschließend eine Wertung vorgenommen.

1. Historischer Rückblick:

1.1 Exkurs: „Heilung durch den Schock“

„Heilung durch den Schock“ ist ein beliebtes Motiv von melodramatischen Spielfilmen. Sie alle kennen Hollywood-Produktionen, bei denen der Held durch ein unerwartetes einschneidendes Erlebnis, das mit einer schweren seelischen Erschütterung verbunden ist, sein Gedächtnis verliert. Meist beruht die Filmerzählung darauf, dass im Verlauf der Handlung ein weiteres vergleichbares traumatisches Ereignis die verlorenen Erinnerungen schlagartig wieder zurückbringt und den Helden von seiner seelischen Störung befreit.

Die Vorstellung, dass ein „psychischer Schock“ bei psychischen Erkrankungen heilsame Wirkungen haben könnte, entstammt der vorwissenschaftlichen romantischen Psychiatrie an der Wende vom achtzehnten zum neunzehnten Jahrhundert, zum Beispiel den „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttung“ von Johann Christian Reil, die 1803 in Halle erschienen sind. Die damals unternommenen Versuche, Menschen zu erschrecken, um sie gewaltsam aus einer seelischen Erstarrung zu reißen, müssen allerdings im weitesten Sinne als durchaus unsanfte Frühformen von „Psychotherapie“ eingeordnet werden.

Die Systematik der psychiatrischen Therapiemethoden umfasst biologische, psychologische und soziale Interventionen (Somatotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie). Die körperbezogenen Verfahren lassen sich wiederum einteilen in medikamentöse (Psychopharmakotherapie) und andere (Lichttherapie, therapeutischer Schlafentzug, Schlafphasen-Verlagerung, transkranielle Magnetstimulation). Die „Schock“-Verfahren des zwanzigsten Jahrhunderts (Cardiazolschock, Elektroschock, Insulinschock) sind dieser letzten Gruppe zuzuordnen.

Die Therapiemöglichkeiten am Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts waren extrem begrenzt. Psychosen konnten in ihrem Verlauf beobachtet und detailliert beschrieben, aber kaum beeinflusst werden. Im Grunde wurden viele Kranke in Anstalten verwahrt, bis spontan eine Besserung eingetreten war. Gebräuchlich waren Bettbehandlung und Dauerbäder; zur Sedierung von unruhigen und erregten Patienten stand Opiumtinktur zur Verfügung, ab 1869 Chloralhydrat und ab 1903 Barbiturate. Die Geschichte der heute gebräuchlichen Psychopharmaka beginnt erst nach 1950.

1.2 Geschichte der Krampftherapie:

Das Prinzip, einen zerebralen Krampfanfall hervorzurufen, um eine psychische Störung zu behandeln, wurde erstmals im Januar 1934 durch Ladislav Joseph von Meduna vorgeschlagen. Von Meduna war 1896 in Budapest geboren und dort seit 1933 Leiter des Neurohistologischen Laboratoriums. 1937 erschien in Halle sein Buch über die „Konvulsionstherapie der Schizophrenie“. 1939 ist er nach Chicago emigriert.

Die Einführung der Behandlung von psychischen Störungen mit epileptischen Anfällen beruhte auf einer richtigen Beobachtung und einer falschen Annahme. Schon lange hatten Ärzte an Kliniken für Geistesranke beobachtet, dass manche Patienten augenblicklich ihre Symptome verloren, wenn sie einen spontanen Krampfanfall hatten, egal aus welcher Ursache. Zu Unrecht nahm von Meduna dagegen an, dass Epilepsie und Schizophrenie fast

nie beim gleichen Patienten auftreten. Bereits seit 1785 war bekannt, dass Einspritzungen von Kampfer beim Menschen epileptische Anfälle auslösen. Von Meduna hat diese Wirkung zunächst bei Meerschweinchen untersucht. 1934 ging er dazu über, schizophrenen Kranken Kampfer in Öl intramuskulär zu injizieren. Diese Technik erwies sich als unzuverlässig, weil schwer vorherzusagen war, wann der Patient den beabsichtigten Krampfanfall bekommen würde. Mit der synthetischen Verbindung Pentylentetrazol (Cardiazol) ließ sich innerhalb von 30 Sekunden nach intravenöser Injektion zuverlässig ein zerebraler Krampfanfall auslösen.

An dieser Stelle ist dem Leser der typische Ablauf eines großen epileptischen Anfalls kurz in Erinnerung zu rufen: Schlagartiger Bewusstseinsverlust, tonische Verkrampfung der gesamten Muskulatur (weit geöffnete Augen, Zungenbiss, Hinstürzen „wie ein gefällter Baum“, Verlust der Kontrolle über Blase und Darm, Atemstillstand); klonische Zuckungen, die abklingen (Schaum vor dem Mund, ggf. blutig; Cyanose); Wiedereinsetzen der Atmung, Terminalschlaf bzw. Dämmerzustand mit Verwirrtheit; Erinnerungslücke für das gesamte Geschehen. (Wegen des Bewusstseinsverlusts und der Erinnerungslücke ist es im Übrigen abwegig, medikamentös oder elektrisch induzierte epileptische Anfälle als Foltermethode zu bezeichnen.)

Mit der Cardiazol-Behandlung von schizophrenen Psychosen waren alle die Gefahren verbunden, die ein solcher epileptischer Anfall mit sich bringt. Außerdem erlebten die Patienten in der Zeit zwischen der Injektion des Medikaments und dem Auftreten des Anfalls einen Zustand intensiver Angst, an den sie sich später erinnern konnten. „Schocktherapien entstammen nicht nur falschen Theorien, sondern auch einem aus heutiger Sicht leichtfertigen Herumprobieren an Kranken ohne deren Zustimmung“.

In Rom hatte der Neurophysiologe Ugo Cerletti über Jahre an Problemen experimentell ausgelöster epileptischer Anfälle gearbeitet. Bei Versuchstieren wurden mit elektrischem Strom epileptische Anfälle ausgelöst, indem man eine Elektrode in das Maul und die andere im After platzierte. Etwa die Hälfte der Tiere kam bei dieser Versuchsanordnung ums Leben; dass dafür der Stromfluss durch das Herz verantwortlich ist, war zunächst nicht bekannt. Als Cerletti von der Behandlungsmethode von Meduna erfuhr, kam ihm nach seiner eigenen Schilderung sofort der Gedanke, ob das Medikament nicht durch elektrischen Strom ersetzt werden könnte. Zwei Jahre lang wurden Tierversuche durchgeführt und die direkte Durchflutung des Kopfes als gefahrlos erkannt, weil keines der Versuchstiere daran starb.

1938 wagten Ugo Cerletti und sein Mitarbeiter Lucio Bini die erste Anwendung bei einem Patienten mit chronischer Schizophrenie. Am 28. Mai 1938 führten sie in der Medizinischen Akademie in Rom zum Vergleich nebeneinander bei einem Patienten die Behandlung mit einem Cardiazol-Schock und bei einem anderen die Behandlung mit einem Elektroschock vor. Das Ergebnis wird als überzeugend geschildert, weil der mit Elektroschock behandelte Patient keine Erinnerung an die Behandlung behielt und schon nach wenigen Stunden über sein verbessertes Befinden berichten konnte. Der Bericht darüber ist nur drei Seiten lang. Cerletti ist 86 Jahre alt geworden und 1963 in Rom gestorben.

Von Cerletti stammt auch die Bezeichnung Elektroschock („L'elletro-shock“): Diese ist falsch, denn es wird weder eine seelische Erschütterung ausgelöst noch ein körperlicher Schockzustand, sondern ein großer epileptischer Anfall. Wir sprechen heute von der Elektrokonvulsionsbehandlung EKB oder Elektrokrampftherapie EKT; manche Kollegen benutzen Euphemismen wie „elektrische Durchflutung“. Die zutreffende Bezeichnung als „neuroelektrische Therapie“ hat sich nicht durchsetzen können.

1934 war der deutsche Psychiater Lothar Kalinowski als Emigrant aus Berlin nach Rom und in Kontakt mit Cerlettis Mitarbeiter Lucio Bini gekommen; 1936 unternahmen beide zusammen eine Reise nach Wien, um dort die Cardiazolkrampfbehandlung näher kennen zu lernen. Wegen des sich auch in Italien ausbreitenden Faschismus ging Kalinowski 1938 nach Paris, wo mit seiner Unterstützung nach den Anweisungen von Bini ein Apparat gebaut wurde, und 1939 nach England, wo er ebenfalls die EKT eingeführt hat. 1940 war er gezwungen, in die USA weiterzuziehen, und brachte einen funktionstüchtigen Apparat

dorthin mit. Lothar Kalinowski ist am 28. Juni 1992 in New York verstorben. Bis in die achtziger Jahre hinein hat er Forschungsberichte und Übersichtsarbeiten zur EKT verfasst.

Erprobt wurde EKT bei fast allen psychischen Erkrankungen. Rasch stellte sich heraus, dass nur bei schweren affektiven Störungen und bei schizophrenen Psychosen eine Wirkung zu erwarten ist. Schon in den frühen siebziger Jahren versuchte die antipsychiatrische Bewegung in den USA, die EKT verbieten zu lassen. Diese Angriffe hatten zur Folge, dass in den USA und England Arbeitsgruppen ins Leben gerufen wurden, um die Wirksamkeit der EKT wissenschaftlich zu belegen und genauere Aussagen über die Risiken machen zu können.

Um dem Vorwurf entgegenzutreten, die Wirkung der EKT beruhe nur auf dem Placebo-Effekt, wurden kontrollierte Studien durchgeführt. Zum einen wurde die Effektivität der EKT mit den Ergebnissen der medikamentösen Behandlung verglichen; zum anderen wurden Vergleiche zwischen realer und simulierter EKT durchgeführt. In den siebziger Jahren seit der Einführung der EKT wurden drei wichtige Modifikationen der Behandlungstechnik vorgenommen:

Narkose mit Muskelrelaxation: Mit dem epileptischen Anfall war immer die Gefahr verbunden, dass es zu Verletzungen kommt (Frakturen der Brustwirbelsäule oder des Oberschenkelknochens, Zungenbiss oder Abbrechen von Zähnen durch die Verkrampfung der Kaumuskeln). Für die Wirkung genügt die neuronale Entladung, also der zerebrale Anfall. Die tonisch-klonische Muskelkontraktion ist für den therapeutischen Effekt nicht erforderlich.

Unilaterale Stimulation (1956 in Argentinien, 1958 in England): Früher wurden die Elektroden an beiden Schläfen angelegt; dort ist der Schädelknochen dünn und der Übergangswiderstand gering (Bitemporale Stimulation). In zahlreichen Studien wurde herausgearbeitet, dass die einseitige Stimulation der nichtdominanten Hirnhälfte nahezu genauso gut wirksam, aber viel besser verträglich ist.

Die dritte Modifikation betrifft das Monitoring, also die Überwachung des Patienten während der Narkose, des Anfalls und der anschließenden Reorientierung und die genaue Beobachtung der Intensität und der Dauer des elektrisch ausgelösten epileptischen Anfalls.

2. Standards für das praktische Vorgehen heute:

2.1 Aufklärung und Einwilligung:

Wenn aus ärztlicher Sicht bei einem Patienten eine EKT als Behandlungsalternative in Frage kommt oder die Behandlungsmethode der Wahl darstellt, so muss dies mit dem Patienten und möglichst auch mit den wichtigen Bezugspersonen ausführlich besprochen werden. Solche Gespräche sind deshalb schwierig, weil die Methode nur selten angewendet wird, wenig bekannt ist und wegen der in der öffentlichen Meinung bestehenden Vorurteile oft beträchtliche Angst auslöst. So kann der Vorschlag einer EKT zu einer echten Belastung der Arzt-Patient-Beziehung führen. Mit älteren Patienten, die in den sechziger und siebziger Jahren mit EKT behandelt wurden, also auf eigene Erfahrungen zurückblicken, ist das Thema oft leichter zu besprechen. Zunehmend fragen auch junge Patienten, die sich im Internet über Behandlungsmöglichkeiten informiert haben, gezielt nach der EKT als Alternative zur Behandlung mit Psychopharmaka.

Die Indikation, der Ablauf, mögliche Risiken und Nebenwirkungen müssen ggf. in mehreren Gesprächen erörtert werden, ergänzt durch schriftliche Informationen. Wenn der Patient einwilligungsfähig ist und seine Zustimmung verweigert, ist dies zu respektieren.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten muss ggf. ein Betreuer bestellt werden, dem als Aufgabenkreis die Gesundheitsfürsorge und die Zustimmung zu ärztlichen Behandlungsmaßnahmen übertragen wird. Der Betreuer ist dann in gleicher Weise sorgfältig aufzuklären und entscheidet anstelle des Patienten. Die Frage, ob ein Patient einwilligungsfähig ist, unterliegt selbstverständlich ebenfalls der richterlichen Prüfung. Dabei

steht es im Ermessen des Gerichts, ggf. einen anderen als den behandelnden Arzt als Sachverständigen zu bestellen.

2.2 Narkosevisite:

Wenn die Entscheidung zur EKT gefallen ist, wird der Narkosearzt, also ein Facharzt für Anästhesie, hinzugezogen und aufgrund der vorliegenden Befunde das Narkoserisiko abschätzen. Psychopharmaka, die anfallshemmend wirken (zum Beispiel Tranquilizer), müssen vor der Behandlung abgesetzt werden.

2.3 Vorbereitung:

Der Patient wird in einen Nebenraum des OP-Traktes gebracht, wo außer dem Gerät zur Elektrostimulation auch ein Narkosegerät, ein Überwachungsmonitor, Intubationsbesteck, Defibrillator und Notfallmedikamente bereitstehen. Messfühler für EKG, Puls, Blutdruck und Atmung werden angelegt. Um trotz der Muskelrelaxation die Anfallsdauer kontrollieren zu können, wird an einem Arm eine Blutdruckmanschette angelegt und über den systolischen Blutdruck aufgeblasen, um diesen Arm vorübergehend von der Blutzirkulation auszuschließen, bevor das Medikament gegeben wird, das die Muskelerschlaffung bewirkt. Dafür nimmt man beim Rechtshänder den rechten und beim Linkshänder den linken Arm, grundsätzlich den Arm, der von der Hirnhälfte gesteuert wird, die man nicht stimuliert. Es ist auch möglich, die Ausbreitung des Anfalls direkt zu verfolgen, indem man während des Vorgangs ein EEG ableitet.

2.4 Durchführung:

Der Narkosearzt gibt eine Prämedikation mit Atropin, um Erbrechen zu verhindern, und vielleicht einen Betablocker, um einen Blutdruckanstieg zu dämpfen. Eine Muskelrelaxation ohne Narkose wäre für den Patienten subjektiv sehr unangenehm (Erstickungsgefühl). Deshalb wird zuerst ein kurz wirksames Narkosemittel gespritzt, um einen Schlafzustand hervorzurufen, und über eine Maske mit reinem Sauerstoff beatmet. Dann wird Succinylcholin gespritzt. Sobald die Muskulatur erschlafft (erkennbar an Faszikulationen), wird der Anfall ausgelöst.

Zunächst wird bei der ersten Durchführung die individuelle Krampfschwelle bestimmt, die sehr unterschiedlich hoch sein kann. Stimuliert wird dann mit einer um das zwei- bis dreifache über dieser Schwelle liegenden Stromstärke. Verwendet werden gleichgerichtete kurze Stromimpulse mit einer Frequenz von 50 Hertz, einer Dauer von 0,5 bis 1 Millisekunde und einer Stromstärke von 200 bis 900 Milliampere über eine Zeit von ein bis acht Sekunden. Dafür wird eine Spannung von 70 bis 130 Volt benötigt.

In der Regel stimuliert man einseitig die nichtdominante Hemisphäre, also die Hirnhälfte ohne die Sprachzentren (das ist bei Rechtshändern in der Regel die rechte Seite). Der ausgelöste Anfall breitet sich über den sog. Balken zur anderen Seite aus, erkennbar an der tonischen Verkrampfung der Hand, die von der Muskelrelaxation ausgeschlossen wurde (bei rechtshirniger Stimulation die rechte Hand). Der Anfall soll mindestens 25 Sekunden dauern und wird in der Regel spontan enden. Wenn er länger als zwei Minuten dauert, sollte er spätestens nach drei Minuten medikamentös beendet werden. Anschließend wird die Maskenbeatmung weitergeführt, bis der Patient wieder spontan atmet; danach soll er unter Überwachung ausschlafen.

Die ganze Prozedur dauert insgesamt bei einem erfahrenen Team nur einige Minuten. Sie wird zweimal oder dreimal in der Woche wiederholt, und zwar solange, bis eine deutliche klinische Besserung bzw. eine Remission der Symptomatik eingetreten ist. Sollte dies nach 12 (bis maximal 15) Wiederholungen nicht der Fall sein, ist eine Fortführung nicht sinnvoll. Parallel dazu oder im Anschluss kann eine Erhaltungstherapie mit Psychopharmaka zur Rezidivprophylaxe begonnen werden. Eine Erhaltung-EKT einmal monatlich ist ebenfalls möglich.

Wenn unilaterale Stimulation nicht den gewünschten Therapieerfolg bringt, kann die Serie mit bilateraler Stimulation wiederholt werden.

3. Indikationen:

3.1 Affektive Störungen:

EKT ist das wirksamste antidepressive Therapieverfahren, das wir kennen. Die Remissionsrate lag in mehreren Studien bei 70 bis 90 %. Das ist besser als jedes derzeit verfügbare Antidepressivum.

Depressive Störungen werden heute gewöhnlich in erster Linie kombiniert mit antidepressiv wirkenden Medikamenten und Psychotherapie behandelt. Bei mittelschweren und schweren depressiven Störungen steht die medikamentöse Therapie im Vordergrund. Probleme bilden die Ansprechrquote maximal 70 %, die Wirklatenz von mehreren Wochen, die Suizidgefahr während dieser Zeit und die Nebenwirkungen. Bei jeder schweren oder psychotischen Depression kann EKT als Alternative angeboten werden. Der Vorteil besteht in der rascheren Remission. Je schwerer die Depression, um so eher kommt EKT als Therapie der ersten Wahl in Betracht.

Daneben bildet die EKT das Reserveverfahren bei therapieresistenter Depression im Rahmen des Vorgehens nach einem Stufenplan, wobei allein die Ausdosierung von zwei Antidepressiva und die Augmentation mit Lithium mindestens drei Monate beanspruchen. Bei älteren Patienten und bei Patienten mit kardiovaskulären Risiken ist EKT als Alternative zur medikamentösen Therapie besonders zu erwägen. Bei manischen Episoden ist sie weniger wirksam.

3.2 Schizophrenien:

Bei der seltenen sog. perniziösen oder febrilen Katatonie ist EKT unter Umständen als lebensrettende Sofortmaßnahme einzusetzen. Sie ist indiziert bei therapieresistenten schweren schizophrenen Psychosen mit chronischem Verlauf, wenn die Pharmakotherapie einschließlich der atypischen Neuroleptika versagt hat.

Bei anderen psychischen Erkrankungen besteht zurzeit keine Indikation zur EKT.

4. Wirkungsmechanismus?

Wie die therapeutische Wirkung zustande kommt, ist nicht bekannt. Es handelt sich um einen unspezifischen Effekt, aber nicht um einen Placeboeffekt. Offenbar werden normale und gestörte neurophysiologische Vorgänge durch den generalisierten Anfall vorübergehend unterbrochen. Im zerebralen Anfall kommt es zur maximalen Ausschüttung aller Neurotransmitter. Anschließend setzen Gegenregulationsvorgänge ein. Nach neuesten Untersuchungen kommt es zunächst zu einer Verminderung der kortikalen Stoffwechselaktivität, dann zu einem erhöhten kortikalen Sauerstoffverbrauch. Die momentan vielleicht am besten verständliche Analogie ist der Vergleich mit dem Neustart eines PC, der nicht mehr auf Eingaben über die Tastatur reagiert.

5. Kontraindikationen, Risiken, Nebenwirkungen

Das Narkoserisiko muss durch den Facharzt für Anästhesie beurteilt und gegen die Risiken der fortbestehenden psychischen Erkrankung und der medikamentösen Behandlung abgewogen werden.

Häufig sind vorübergehende Gedächtnisstörungen, die innerhalb von Wochen abklingen, bei bis zu einem Viertel der Patienten und bei bilateraler häufiger als bei unilateraler Stimulation. Zu bleibenden kognitiven Beeinträchtigungen kommt es nicht, wenn von der geschilderten Verfahrensweise nicht abgewichen wird. Es kommt nicht zu strukturellen Veränderungen des Gehirns; es gibt keine bleibenden Schäden und keine Veränderung der Persönlichkeit.

Die vorübergehende postiktale Verwirrtheit erfordert eine Überwachung und manchmal eine vorübergehende Sedierung.

Es kann sich eine Angst vor der (jeweils nächsten) Behandlung entwickeln; wenn ein Patient deshalb die Fortsetzung der Serie ablehnt, ist dies zu respektieren.

Die Letalität des Verfahrens ist extrem niedrig (auch bei Vorerkrankungen und hohem Alter), niedriger als bei Psychopharmakotherapie. Die Behandlung kann auch in der Schwangerschaft durchgeführt werden. Als Kontraindikationen gelten der erhöhte intracranielle Druck, arterielle Aneurysmen der Hirngefäße und der Aorta, eine vorangegangene Hirnblutung oder ein frischer Herzinfarkt.

6. Häufigkeit der Anwendung:

Zur Anwendungshäufigkeit in der BRD liegen drei Studien aus den Jahren 1977, 1985 und 1995 vor: 1977 wurde EKT in 98 von 227 Kliniken praktiziert, das waren 43 %. 1985 wurden in 60 von 150 Kliniken insgesamt 472 Behandlungen durchgeführt; das ist weniger als eine Behandlung auf 100.000 Einwohner. Der Bedarf bei richtiger Indikationsstellung wird dagegen mit mindestens 3 bis 4,5 Behandlungen pro 100.000 Einwohner und Jahr angenommen. In den Jahren 1992, 1993 und 1994 wurden in Deutschland im Durchschnitt jeweils rund 1.000 Behandlungen durchgeführt. In anderen europäischen Ländern (Großbritannien, Skandinavien) liegt die Anwendungshäufigkeit weitaus höher.

Die DGPPN als zuständige wissenschaftliche Fachgesellschaft hat 1996 Leitlinien veröffentlicht, um einheitliche Standards auch in Deutschland vorzuschlagen. Seitdem erscheinen wieder mehr Forschungsarbeiten zur EKT in deutschsprachigen Fachzeitschriften. Die Bundesärztekammer hat 2003 in einer Stellungnahme betont, dass die EKT wissenschaftlich begründet ist, für bestimmte psychische Erkrankungen die bestmögliche Behandlung darstellt und im Verhältnis zum angestrebten Therapieerfolg mit einem geringen Risiko verbunden ist.

7. Wertung des Verfahrens

EKT ist das derzeit wirksamste Verfahren zur Depressionsbehandlung, gut verträglich und risikoarm insbesondere auch bei älteren Patienten, die Psychopharmaka generell schlechter vertragen. Sie ist als lebensrettendes Verfahren bei perniziöser Katatonie unverzichtbar. Für manche Patienten mit chronischen Schizophrenien, bei denen die Behandlung mit Neuroleptika versagt hat, bietet sie eine Besserungschance.

Ein Verbot wäre ebenso inhuman, als wollte man den Kardiologen die Defibrillation verbieten. Im Gegenteil: Die Frage, ob eine Klinik ihren Patienten EKT nach dem heute gültigen Standard anbieten kann, wird zu einem wichtigen Qualitätskriterium.

8. EKT in Sachsen-Anhalt

Der Ausschuss-Vorstand hat im Rahmen einer kleinen Umfrage den Stand der Anwendung von EKT in Sachsen-Anhalt ermittelt. Von insgesamt 19 Kliniken führen 14 das Verfahren im eigenen Hause durch; die Anzahl der behandelten Patienten lag im Jahr 2006 zwischen 0 und 35, im Durchschnitt bei 7; das wären zwischen 3 und 4 behandelte Patienten pro 100.000 Einwohner. Fünf Kliniken führen EKT selbst nicht durch; darunter waren zwei mit Versorgungsverpflichtung (ein ehemaliges Landeskrankenhaus, eine Abteilung am Allgemeinkrankenhaus), die allerdings ausdrücklich die nächstgelegene Universitätsklinik als Kooperationspartner benannt haben, und eine forensisch-psychiatrische Klinik, die ausschließlich Suchtkranke behandelt. Demnach besteht mit zwei Ausnahmen (Neinstedter Anstalten und Diakonie-Krankenhaus Elbingerode) in allen psychiatrischen Kliniken des Landes die Möglichkeit, eine ggf. erforderliche EKT durchzuführen oder zu veranlassen.

Nach der eigenen Erfahrung des Verf. wird die Indikation zu selten gestellt, wenn mit der Durchführung die Verlegung in eine andere Klinik verbunden ist. Insofern ist aus fachärztlicher Sicht anzustreben, dass alle Kliniken mit einer regionalen Versorgungsverpflichtung EKT im eigenen Hause selbst durchführen können. Insgesamt ist allerdings als Ergebnis unserer Umfrage festzuhalten, dass EKT im Rahmen der klinischen Versorgung psychisch kranker Menschen in Sachsen-Anhalt flächendeckend verfügbar ist und offensichtlich weder zu selten noch zu häufig eingesetzt wird.

Literaturangaben beim Verfasser

II.6 Der Rahmenvertrag und seine weiterhin endlose Geschichte in Sachsen-Anhalt

Kai-Lars Geppert, Halle

„Mit Schreiben vom 30. Juni 2003 hat das Land als überörtlicher Träger der Sozialhilfe den mit den Kommunalen Spitzenverbänden in Sachsen-Anhalt, den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt, dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. und der Arbeitsgemeinschaft privater Heime, Bundesverband e. V., bestehenden Rahmenvertrag gemäß § 93d Abs. 2 BSHG für das Land Sachsen-Anhalt unter Einhaltung der Kündigungsfrist zum 31. Dezember 2003 wegen Wegfalls der Geschäftsgrundlage gekündigt.“, so die Antwort der Landesregierung auf die große Anfrage der Fraktion der SPD - Drs. 4/959 am 7. Oktober 2003: Wann ist die Umstellung der Pflegesätze in Bezug auf den individuellen Hilfebedarf abgeschlossen? Wie ist der Stand der Verhandlungen (K 93) und welche Ergebnisse liegen der gemeinsamen Arbeitsgruppe vor?

Und damit zieht sich die endlose Geschichte des Rahmenvertrages in Sachsen-Anhalt weiter hin. Ein mit wenig Leben erfüllter Rahmenvertrag wurde nach drei Jahren gekündigt und ein neuer liegt auch heute nach weiteren dreieinhalb Jahren nicht vor. Dabei hat der Gesetzgeber seit 2005 mit seinen Aussagen in § 79 SGB XII (Sozialhilfe) ausreichend deutlich gemacht, wie zu verfahren ist:

(1) Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene schließen mit den Vereinigungen der Träger der Einrichtungen auf Landesebene gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge zu den Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 und § 76 Abs. 2 über

- 1. die nähere Abgrenzung der den Vergütungspauschalen und -beträgen nach § 75 Abs. 3 zu Grunde zu legenden Kostenarten und -bestandteile sowie die Zusammensetzung der Investitionsbeträge nach § 76 Abs. 2,*
- 2. den Inhalt und die Kriterien für die Ermittlung und Zusammensetzung der Maßnahmepauschalen, die Merkmale für die Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Bedarf nach § 76 Abs. 2 sowie die Zahl dieser zu bildenden Gruppen,*
- 3. die Zuordnung der Kostenarten und -bestandteile nach § 41 des Neunten Buches und*
- 4. den Inhalt und das Verfahren zur Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung nach § 75 Abs. 3 ab. Für Einrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört. In den Rahmenverträgen sollen die Merkmale und Besonderheiten der jeweiligen Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel berücksichtigt werden.*

(2) Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Einrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1.

Die Funktion eines Rahmenvertrages besteht zunächst nur darin, für die Handlungsspielräume eine Orientierung zu geben, einem Bilderrahmen gleich, der das Bild begrenzt und in seiner Wirkung unterstützt, ohne den Anspruch zu haben, selbst Bestandteil des Bildes zu sein. Der Föderalismus hat zur Folge, dass auf Bundesebene diese rechtlichen Rahmenbedingungen in unterschiedlicher Weise umgesetzt werden. In einigen Bundesländern finden wir Rahmenverträge, die einen Rahmen vorgeben, der Orientierung gibt und gestalterisches und flexibles Handeln möglich macht. Und es finden sich auch Rahmenverträge, deren detaillierte Beschreibungen einer Matrix gleich den

Leistungserbringern einen eng vorgezeichneten Weg weisen und dadurch behindernd und lähmend wirken.

Die neuen Verhandlungen wurden noch unter der Ägide des damals FDP-geführten Gesundheits- und Sozialministeriums begonnen. So liegt die Vermutung nahe, dass in Sachsen-Anhalt die Verhandlungsziele von den Zielen der FDP nach „konsequenter Fortsetzung des begonnenen Weges der Reformen – für mehr Freiheit und Verantwortung“ bestimmt wurden. Dieser Leitsatz aus dem Parteiprogramm sollte eigentlich einen Rahmenvertrag entstehen lassen, der Ziele formuliert, die Flexibilität und gestalterischen Freiraum ermöglichen. Chancen für personenzentrierte Angebote und die Weiterentwicklung des Hilfesystems sollten damit auch gegeben sein. Doch dazu ist es bedauerlicherweise nicht gekommen.

Der Ausschuss findet überwiegend Mutlosigkeit und Lähmung, wo Gestaltungswille und Dynamik sein sollten. Wir sehen Regulierungswut, wo Flexibilität stehen sollte. Wir sehen Bevormundung anstelle von Selbstverantwortung und wir sehen viel verlorene Zeit.

Dass die Verhandlungen zum Rahmenvertrag derart zäh verlaufen und bis heute nur ein vorläufiges Ergebnis vorliegt, welches keine wesentlich neuen Lösungsansätze erkennen lässt und in seinen Grundzügen dem „alten“ Rahmenvertrag entspricht, ist nach Auffassung des Psychiatrieausschusses dem Umstand geschuldet, dass die Verhandlungspartner am bisherigen „Schubladendenken“ festgehalten haben und sich von der vorgeschriebenen „Haushaltsneutralität“ knebeln ließen. So wird am Ende des Verhandlungsprozesses zu Leistungsbeschreibungen, Zuordnung zu Leistungstypen und Punktwertkorridoren wieder nur eine Klassifizierung des Leistungsberechtigten stehen, in welche er einzuordnen und zuzuweisen ist. Eine Sackgasse, wie wir meinen, denn wie viele Leistungstypen muss es wohl geben, um individuelle Lösungswege möglich zu machen?

Eine neue Chance ergibt sich nach unserer Einschätzung mit dem Schreiben von Mitte Juni 2007. Hier teilt das Ministerium für Gesundheit und Soziales mit, den Zeitplan „neu zu justieren“, weil der überörtliche Sozialhilfeträger ab 01.01.2009 „kommunalisiert“ werden soll. Eine Chance, wie wir meinen, die nachfolgenden Hinweise und Anregungen ernsthaft einzubeziehen.

Die in der Präambel zum Entwurf des neuen Rahmenvertrages formulierten Ziele und Aufgaben werden durch den Psychiatrieausschuss uneingeschränkt unterstützt, auch die in den Grundsätzen formulierten Gestaltungsaspekte, die Selbstbestimmung und Selbstgestaltung der Leistungsberechtigten in den Vordergrund stellen. Auch unterstützt der Psychiatrieausschuss die Zusammenführung der ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen in einer Kostenträgerschaft.

Doch müssen wir feststellen, dass die Forderungen, die bereits im 9. Ausschuss-Bericht gestellt wurden, keine Berücksichtigung fanden. So ist z.B. nicht erkennbar, dass beabsichtigt wird, die Ungleichbehandlung der Menschen mit seelischer Behinderung und Menschen mit seelischer Behinderung infolge von Sucht gegenüber den Menschen mit geistiger Behinderung zu ändern. Der vorliegende Rahmenvertrag fördert auch nicht den Enthospitalisierungsprozess, er fördert keine institutionsunabhängigen Hilfen, schreibt Kombinationsmöglichkeiten vor und stellt ein Erhebungsinstrument ins Zentrum der Hilfeplanung und -bemessung, das individuelle Anpassungen an dynamisch verlaufende Prozesse insbesondere bei psychisch kranken Menschen nicht hinreichend abbilden kann. Wo finden sich moderne Ansätze wie das Fallmanagement und die intensive Betreuung in der eigenen Wohnung, wo gibt es Anreize, regionale Ungleichgewichte abzubauen, und wie soll erreicht werden, dass die stationären Plätze nicht weiter anwachsen? In seiner jetzigen Form gibt der Vertrag dafür keine Orientierung. Als besonders bedauerliches konkretes Beispiel sei nochmals erwähnt, dass entgegen der Forderungen des Psychiatrieausschusses die Kombination von Leistungen in der Tagesstätte mit einer weiteren Hilfeart, wie zum Beispiel dem Ambulant Betreuten Wohnen, explizit ausgeschlossen werden soll. Aus

fachlicher Sicht ist dies nicht nachvollziehbar, nicht vereinbar mit den in der Präambel benannten Zielen und auch rechtswidrig.

So erinnert das bisherige Ergebnis an Shakespeares Stück „*Much Ado about Nothing*“ (zu deutsch: „Viel Lärm um nichts“). Was die Verhandlungspartner verbinden müsste, ist eine Vision von dem, wie die sozialpsychiatrische Landschaft aussehen soll und mit welchen Strategien dies erreicht werden kann.

Was wäre, wenn sich alle Beteiligten nicht nur zu den Grundsätzen der Präambel bekennen, sondern auch in erkennbares Handeln umsetzen? Was ist, wenn die Verhandlungspartner den Leistungsberechtigten als Ausgangspunkt einer ganzheitlichen Betrachtungsweise nehmen?

Zunächst ist der Unterstützungs- und Hilfebedarf zu erfassen und prospektiv zu planen. Und zwar so, dass am Ende eine integrierte Hilfeleistung möglich ist, welche unabhängig von Institutionen sein kann.

Der Psychiatrieausschuss kann unter dieser Maßgabe keinem der derzeit in Sachsen-Anhalt vorgesehenen Erfassungsinstrumente den Vorzug geben. Sich einer ganzheitlichen und systemischen Betrachtungsweise zuzuwenden, gelingt am ehesten noch mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan. Aber auch hier ist der bürokratische Aufwand erheblich. Versuchen wir die sozialpädagogischen und psychiatrischen Aspekte zusammenzubringen, wird klar, dass das Spannungsfeld in der jeweiligen Betrachtungsweise liegt. Wählen wir die Abbildung der Lebenswelt des einzelnen Menschen in seine jeweiligen Lebensfelder, so finden wir:

Selbstversorgung (Sorge um sich selbst - einschließlich des sozialen Umfelds und aller Maßnahmen zur Erhaltung der Wohnung, Gesundheit, Hygiene, Essen, Kleidung, Wahrnehmung von Arztterminen, Behördengänge, Familienkontakte, Einnahme von Medikamenten etc.),

Tages- und Kontaktgestaltung (soziale Beziehungen eingehen, gestalten, erhalten, Teilnahme am öffentlichen Leben),

Beschäftigung, Arbeit, Ausbildung (das gesamte Spektrum der Begleitung und Förderung von Arbeit und arbeitsähnlichen Tätigkeiten, von sinnstiftenden Tätigkeiten ohne arbeitsvertragliche Vereinbarung über Begleitung von und zur Arbeitstherapie, Arbeitserprobung und Arbeitstraining bis hin zu Leistungen der Eingliederung in das Arbeitsleben, der Arbeitsplatzerhaltung, auch an beschützten Arbeits- und Zuverdienstplätzen, und schließt die Förderung und Begleitung der Maßnahmen zur Berufsfindung und -förderung ein).

Wenn wir auf solidarisches und partizipatives Handeln setzen und auf eine „fürsorgliche Belagerung“ verzichten, wenn wir Ziele verhandeln und an die konkrete Situation anpassen, und wenn wir eine effektive Zusammenarbeit zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer wollen, dann sind wir auf dem Weg zur Selbstverantwortung des Leistungsberechtigten. Das heißt für die soziale Versorgungslandschaft: Dezentralisierung, Flexibilisierung und Individualisierung der Hilfen.

Wenn wir nämlich die Ressourcen und den Unterstützungsbedarf erfassen, dann ist es unerheblich, welches sogenannte „Leitsyndrom“ vorliegt. Vielmehr wird klar, in welchen Lebensfeldern und in welchem Umfang Handlungsbedarf besteht. Dann ist im Weiteren der Hilfeort zu vereinbaren, und hier kann gemäß dem Wahlrecht des Leistungsberechtigten zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Hilfeform bzw. deren Kombinationen entschieden werden.

Am Ende steht die Bemessung des Personals bzw. der finanziellen Mittel. Derzeit gelten in Sachsen-Anhalt noch die Personalschlüssel von 1993. Ursprünglich als Übergangsregelung gedacht, zementieren diese bis heute ein 14 Jahre altes unflexibles System der Hilfeleistung.

Für eine sinnvolle Weiterentwicklung des Versorgungssystems ist es notwendig, eine landesweite Planung vorzunehmen, welche die historischen und regionalen Gegebenheiten

einbezieht. Alle Beteiligten entwickeln und nutzen ein gemeinsames, regionales Netzwerk, welches koordinierend und partizipierend wirksam ist.

Andernorts in Deutschland erfolgreich erprobt ist das regionale Psychriatriebudget, eine Option, um die Landschaft in der Gemeinde flexibel zu gestalten und der Versorgungsverpflichtung ohne überproportionalen Kostenzuwachs angemessen gerecht zu werden. Der beabsichtigte Nutzen kann aber nur dann entstehen, wenn Planung, Koordination und die gemeinsam getragenen Ziele in der Region verbindlich vereinbart werden.

Der Psychiatrieausschuss fordert deshalb erneut

- eine dem Unterstützungsbedarf angemessene Hilfe, unabhängig vom sogenannten Leitsyndrom;
- ein Wahlrecht des Leistungsberechtigten, so dass er entsprechend seines Unterstützungsbedarfes Hilfen wählen und kombinieren kann;
- eine Definition von Versorgungsregionen mit Versorgungsverpflichtungen und Versorgungsstrukturen;
- eine landesweite Psychiatrieplanung auf der Basis regionaler Planungen.

Fazit:

Es ist bereits viel Zeit verloren gegangen, viel Vertrauen und Hoffnung sind verschenkt worden. Nun heißt es: Alle müssen sich bewegen, nur so entsteht Neues mit einem gemeinsamen Ziel nach mehr Selbstständigkeit und Flexibilität, nach mehr Selbstverantwortung und mehr Vertrauen in den Partner.

Alle erwarten, dass jetzt gehandelt wird und die anstehenden Aufgaben als gemeinsame Herausforderung begriffen werden, denn am Ende entsteht der Nutzen für alle Mitglieder der Gesellschaft.

Roman Herzog sagte (am 26.04.1997) sinngemäß, es müsse ein Ruck durch Deutschland gehen, wir hätten Abschied zu nehmen von liebgewordenen Besitzständen und alle sollten mitmachen. Dem ist auch nach zehn Jahren nichts hinzuzufügen.

II.7 Geschlossene Unterbringung im Heim: Rechtliche Aspekte

Felix M. Böcker, Naumburg

Ein wichtiges Ergebnis der Psychiatrie-Reform – in Westdeutschland im Anschluss die Psychiatrie-Enquête seit 1975, in Ostdeutschland seit 1990 – war die Auflösung der chronischen Stationen der psychiatrischen Großkrankenhäuser, auch wenn viele der dort lebenden Patienten nicht wirklich entlassen, sondern umhospitalisiert wurden. Heute sind die Möglichkeiten der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Patienten mit schweren chronischen Verläufen psychischer Erkrankungen zeitlich unbefristet stationär zu behandeln, zwar nicht völlig weggefallen, aber doch stark eingeschränkt. Wenn im Verlauf von Wochen oder Monaten keine Entlassung erreicht werden kann, dann wird häufig die Verlegung in ein Heim – entweder ein Pflegeheim oder eine Einrichtung der stationären Eingliederungshilfe – erwogen.

Übergangseinrichtungen, Wohnheime und Pflegeheime werden in der Regel offen geführt; Rechtsgrundlage des Heimvertrages ist das Heimgesetz. Es gibt allerdings Patienten, die auf der Grundlage eines richterlichen Beschlusses gegen ihren Willen in einem Heim aufgenommen werden und dort entweder unter Anwendung unterbringungsähnlicher freiheitsentziehender Maßnahmen fürsorglich zurückgehalten werden oder sogar im Heim geschlossen untergebracht werden. In einem nach den Prinzipien der Sozialpsychiatrie organisierten regionsbezogenen Versorgungssystem werden alle Beteiligten bestrebt sein, die Zahl der ohne ihre Zustimmung im Heim geschlossen untergebrachten Bewohner so gering wie möglich zu halten. Dennoch gibt es diese Fälle.

Um welche Personen und Situationen geht es?

Im Wesentlichen sind es fünf Gruppen von Patienten, bei denen freiheitsentziehende Maßnahmen in Heimen vollzogen werden. In der Reihenfolge der zugrundeliegenden Störungen nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) sind dies demenzkranke, suchtkranke und chronisch psychisch kranke Patienten, Personen mit Verhaltensstörungen im Rahmen einer geistigen Behinderung und Jugendliche mit ausgeprägten Störungen des Sozialverhaltens.

- Demenz (ICD-10: F0): Für Bewohner von Altenpflegeheimen, die an Orientierungsstörungen und Vergesslichkeit leiden, übernimmt die Einrichtung eine Fürsorge- und Aufsichtspflicht, der sie in der Regel nur nachkommen kann, indem der Bewohner daran gehindert wird, das Gebäude allein zu verlassen. Kaum ein Heim leistet sich den Luxus, eine Pflegekraft an die Tür zu setzen, um die „fürsorgliche Zurückhaltung“ zu gewährleisten; neben mehr oder weniger sinnreichen Türöffnern, von denen angenommen wird, dass sie der demenzkranke Bewohner nicht bedienen kann, werden Transponder, Pflegestühle und Bettgitter verwendet und auch Türen abgeschlossen. Oft wird vergessen, dass diese unterbringungsähnlichen Maßnahmen³, so sinnvoll sie im Einzelfall sein mögen, ausnahmslos eine richterliche Genehmigung erfordern. Selbstverständlich dürfen solche Maßnahmen, wenn sie notwendig sind, nicht

³ § 1906 Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bei der Unterbringung

(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil

1. auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
2. eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

(2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

(3) Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Vormundschaftsgericht anzuzeigen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

unterbleiben; sie sollen aber nicht ohne geregeltes Verfahren, nicht ohne rechtliches Gehör für den Betroffenen und nicht ohne Beteiligung des zuständigen Gerichts zur Anwendung kommen, und die Heimleitung muss Wert darauf legen, immer wieder zu prüfen, ob auf unterbringungsähnliche Maßnahmen verzichtet werden kann. Für die weiteren Ausführungen in diesem Beitrag werden unterbringungsähnliche Maßnahmen einschließlich der fürsorglichen Zurückhaltung der geschlossenen Unterbringung gleich gesetzt.

- Suchterkrankungen (ICD-10: F1): Die geschlossene Unterbringung eines suchtkranken Patienten in einem Wohnheim kann dann angezeigt sein, wenn ihm infolge der Suchterkrankung die Fähigkeit verlorengegangen ist, außerhalb einer Institution ein Leben in Würde zu führen. Voraussetzung ist in der Regel die Geschäftsunfähigkeit infolge einer schweren hirnganischen Beeinträchtigung (Alkoholdemenz, amnestisches Syndrom); in Einzelfällen bildet auch einmal die schwere Suchterkrankung selbst einen Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit, der eine freie Willensbestimmung ausschließt. In diesen Fällen sollen im Rahmen der geschlossenen Unterbringung unter den Bedingungen der gesicherten Abstinenz die Voraussetzungen für eine Besserung des Gesundheitszustandes geschaffen werden. Es gibt Patienten, die innerhalb des geschützten Rahmens einer stationären Behandlung offen geführt werden können, aber den Vorschlag einer Heimaufnahme energisch zurückweisen; es gibt Patienten, die in einem Wohnheim innerhalb von einigen Jahren stabil werden und solche, die langfristig vor Rückfällen geschützt werden müssen.
- Chronisch verlaufende psychische Erkrankungen (ICD-10: F2 – F6): Bei schizophrenen Psychosen, schizoaffektiven und bipolar-afektiven Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen kommt – insgesamt selten – eine Heimaufnahme in Betracht, wenn dem aufgrund der „seelischen Behinderung“ bestehenden Hilfebedarf nur in einer stationären Einrichtung begegnet werden kann. In der Regel wird diese Entscheidung einvernehmlich getroffen; extrem selten muss eine Heimaufnahme gegen den Willen des Betroffenen eingeleitet werden. Im Verlauf von schweren chronischen Wahnerkrankungen kann aber einmal die Situation eintreten, dass objektiv betrachtet die Fähigkeiten zur Selbstversorgung nicht gegeben sind und der Patient dennoch krankheitsbedingt jede Unterstützung ablehnt.
- Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung (ICD-10: F7*.1): Ausgeprägte Verhaltensstörungen bei einer dann meist mittelschweren geistigen Behinderung können in seltenen Fällen eine geschlossene Unterbringung erfordern. Vorrang hat allerdings die intensive Zuwendung und ein professionelles Krisenmanagement, um herausforderndem, selbstschädigendem oder aggressivem Verhalten bei geistig behinderten Heimbewohnern zu begegnen.
- Störungen des Sozialverhaltens bei Jugendlichen (ICD-10: F9): Nach der Auffassung der auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie tätigen Fachkollegen kommt es häufig vor, dass bei Störungen des Sozialverhaltens im Jugendalter nicht die medizinisch-psychotherapeutische Intervention im Vordergrund stehen muss, sondern die sozialpädagogische und heilpädagogische Einflussnahme in Einrichtungen der Jugendhilfe. Manchmal kann das erzieherische Konzept deshalb nicht zum Tragen kommen, weil der oder die Jugendliche sich den Bemühungen durch Weglaufen entzieht. Dann kann in extrem seltenen Einzelfällen erforderlich sein, durch eine Unterbringung erst einmal einen haltenden Rahmen zu schaffen, der den Jugendlichen zwingt, im Kontakt mit den Erziehern zu bleiben.

In diesem Beitrag soll allerdings nicht ausführlich dargestellt werden, unter welchen eng begrenzten Voraussetzungen eine geschlossene Unterbringung in einem Heim überhaupt nur in Betracht kommt; im Zentrum des Beitrags soll vielmehr die Frage stehen, nach welchen Regeln die Unterbringung zu gestalten ist, wenn sie einmal angeordnet wurde. Zunächst soll untersucht werden, welche Bestimmungen für die Gestaltung der Unterbringung bereits gelten; in einem zweiten Schritt soll zur Diskussion gestellt werden, welche Mindestanforderungen an die geschlossene Unterbringung im Heim gelten sollten.

Bereits bestehende gesetzliche Regelungen:

Rechtsgrundlage der Unterbringung ist in den genannten Fällen immer das Bürgerliche Gesetzbuch (§ 1906 BGB, bei Kindern § 1631b BGB); die einschlägigen Verfahrensvorschriften finden sich im Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (§ 70 FGG). Weder das **BGB** noch das **FGG** enthalten Vorschriften für die Ausgestaltung der Unterbringung.

Das **Heimgesetz** verpflichtet die Heime, ihre Leistungen nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu erbringen (§ 3 Abs. 1 HeimG) und definiert in § 11 die Anforderungen an den Betrieb eines Heims. Einschlägig sind hier die Bestimmungen des Abs. 1:

- (1) *Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung*
 1. *die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner vor Beeinträchtigungen schützen,*
 2. *die Selbständigkeit, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner wahren und fördern, insbesondere bei behinderten Menschen die sozialpädagogische Betreuung und heilpädagogische Förderung sowie bei Pflegebedürftigen eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde gewährleisten,*
 3. *eine angemessene Qualität der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, auch soweit sie pflegebedürftig sind, in dem Heim selbst oder in angemessener anderer Weise einschließlich der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse sowie die ärztliche und gesundheitliche Betreuung sichern,*
 4. *die Eingliederung behinderter Menschen fördern,*
 5. *den Bewohnerinnen und Bewohnern eine nach Art und Umfang ihrer Betreuungsbedürftigkeit angemessene Lebensgestaltung ermöglichen und die erforderlichen Hilfen gewähren,*
 6. *die hauswirtschaftliche Versorgung sowie eine angemessene Qualität des Wohnens erbringen,*
 7. *sicherstellen, dass für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner Pflegepläne aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden,*
 8. *gewährleisten, dass in Einrichtungen der Behindertenhilfe für die Bewohnerinnen und Bewohner Förder- und Hilfepläne aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden,*
 9. *einen ausreichenden Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner vor Infektionen gewährleisten und sicherstellen, dass von den Beschäftigten die für ihren Aufgabenbereich einschlägigen Anforderungen der Hygiene eingehalten werden, und*
 10. *sicherstellen, dass die Arzneimittel bewohnerbezogen und ordnungsgemäß aufbewahrt und die in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mindestens einmal im Jahr über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln beraten werden.*

Spezielle Regelungen für die Ausgestaltung der geschlossenen Unterbringung und die Anwendung von unterbringungsähnlichen Maßnahmen sind hier nicht enthalten. Ein Hinweis auf freiheitsentziehende Maßnahmen findet sich im Heimgesetz nur in § 13 zu den Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten:

- (1) *Der Träger hat nach den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Buch- und Aktenführung Aufzeichnungen über den Betrieb zu machen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Ergebnisse so zu dokumentieren, dass sich aus ihnen der ordnungsgemäße Betrieb des Heims ergibt. Insbesondere muss ersichtlich werden:*
 9. *die freiheitsbeschränkenden und die freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Bewohnerinnen und Bewohnern sowie der Angabe des für die Anordnung der Maßnahme Verantwortlichen, ...*

Offensichtlich gibt es für den Vollzug der geschlossenen Unterbringung im Heim keine näheren gesetzlichen Bestimmungen. Dies ist ein für den Ausschuss überraschender Befund, denn für andere Bereiche, in denen freiheitsentziehende Maßnahmen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen vollzogen werden, wurde die Ausgestaltung der Unterbringung detailliert geregelt. Dies gilt insbesondere für die stationäre psychiatrische

Behandlung (PsychKG LSA vom 30.01.1992) und den Maßregelvollzug (MvollzG LSA vom 09.10.1992).

Können Bestimmungen aus dem PsychKG LSA und dem MvollzG LSA sinngemäß auf die Situation der geschlossenen Unterbringung im Heim übertragen werden?

Dem Ausschuss ist vollkommen klar, dass diese Gesetze für die geschlossene Unterbringung im Heim nicht anzuwenden sind. In Anbetracht der bestehenden Regelungslücke erschien es uns aber angebracht, einmal zu prüfen, welche der hier vorgesehenen Regelungen sinnvoll auf die Situation des in einem Heim geschlossenen Untergebrachten übertragen werden können. Dies soll im Folgenden anhand einer Auswahl aus den Bestimmungen des PsychKG LSA und des MvollzG LSA zur Diskussion gestellt werden:

1. Welche Einrichtungen können Unterbringungsmaßnahmen vollziehen?

§ 12 PsychKG LSA Vollzug der Unterbringung:

- (1) Die Unterbringung wird ... in Krankenhäusern des Landes vollzogen. Krankenhäusern anderer Träger kann diese Aufgabe mit deren Zustimmung widerruflich übertragen werden, wenn diese sich dafür eignen.*
- (2) Zuständig für die Feststellung der Eignung und die Übertragung der Aufgaben nach Abs. 1 Satz 2 ist das (Landesverwaltungsamt). Dieses übernimmt auch die Aufsicht im Rahmen der übertragenen Aufgaben.*

Eine vergleichbare Regelung enthält das MvollzG LSA in § 3.

Demnach werden freiheitsentziehende Maßnahmen nicht in allen Krankenhäusern im Land Sachsen-Anhalt vollzogen, sondern nur in solchen Kliniken, denen diese Aufgabe ausdrücklich übertragen wird, nachdem ihre Eignung geprüft und festgestellt worden ist; ferner unterliegen diese Kliniken einer gesonderten Überwachung.

Dem Ausschuss erscheint es sinnvoll, die geschlossene Unterbringung im Heim ebenfalls auf solche Einrichtungen zu beschränken, deren Eignung geprüft und bestätigt und denen diese Aufgabe ausdrücklich übertragen wurde. Deshalb fragen wir die Landesregierung:

- Stellt die Heimaufsichtsbehörde gesondert fest, ob eine Heimeinrichtung sich für die geschlossene Unterbringung von Bewohnern eignet?
- Wird der Einrichtung diese Aufgabe ausdrücklich übertragen?
- Übernimmt die Heimaufsichtsbehörde die Aufsicht über die Einrichtung hinsichtlich der geschlossenen Unterbringung von Bewohnern?

2. Pflegeplanung, Hilfeplanung und ärztliche Heilbehandlung:

§ 16 PsychKG LSA Eingangsuntersuchung:

- (1) Personen, die aufgrund dieses Gesetzes eingewiesen werden oder untergebracht sind, werden unverzüglich nach ihrer Aufnahme untersucht. Die Untersuchung ... soll zugleich schon dazu dienen, die individuell gebotene Heilbehandlung abzuklären und einen Behandlungsplan zu entwickeln.*

Analog: MvollzG LSA: § 7 Abs. 2.

§ 7 MvollzG LSA: Aufnahme, Eingangsuntersuchung:

- (1) Bei der Aufnahme wird der Untergebrachte über seine Rechte und Pflichten mündlich und schriftlich unterrichtet. Hat er einen gesetzlichen Vertreter, soll dieser Gelegenheit erhalten, an der Unterrichtung teilzunehmen. Auf Wunsch des Untergebrachten ist eine Person seines Vertrauens unverzüglich über die erfolgte Aufnahme zu benachrichtigen.*

§ 17 PsychKG LSA Ärztliche Behandlung:

- (1) Während seiner Unterbringung erhält der Untergebrachte die nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst gebotene Heilbehandlung. ...*
- (2) Für die Behandlung wegen der Erkrankung, die zur Unterbringung geführt hat, ist auf Grund der Untersuchungsergebnisse ein Behandlungsplan aufzustellen. Dieser umfasst auch ... heilpädagogische und psychotherapeutische sowie beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Maßnahmen.*
- (3) Das Ergebnis der Untersuchungen, die vorgesehene Heilbehandlung und der Behandlungsplan sind dem Untergebrachten zu erläutern, soweit dies ärztlich zu verantworten ist. Ist der Untergebrachte fähig, Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlungs- und Fördermaßnahmen einzusehen, soll die Erläuterung auch dem Ziel dienen, die Zustimmung des Untergebrachten zur Behandlung zu erhalten.*
- (4) Eine Behandlung, die die Persönlichkeit des Untergebrachten in ihrem Kernbereich verändern würde, ist unzulässig. ...*

Gleichlautend: MvollzG LSA: § 8

§ 11 MvollzG LSA: Behandlungs- und Eingliederungsplan:

- (1) Der ... Behandlungsplan ist spätestens sechs Monate nach Beginn der Unterbringung unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich eingetretenen Entwicklung in der Person des Untergebrachten und der Ergebnisse der medizinischen, heilpädagogischen, psychotherapeutischen sowie beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Maßnahmen zu überprüfen und anzupassen, wobei mit Fortdauer der Behandlung Maßnahmen der Wiedereingliederung verstärktes Gewicht beizumessen ist.*

§ 10 MvollzG LSA: Unterricht, Ausbildung, berufliche Eingliederung:

- (1) Im Rahmen seiner Fähigkeiten und der Organisation der Einrichtung soll dem Untergebrachten Gelegenheit zur Erlangung eines Schulabschlusses, zur Berufsausbildung, zur Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen, zur Umschulung, zur Förderung in einer arbeitstherapeutischen Einrichtung oder zur Berufsausübung gegeben werden. ...*

Gegenüber den Bestimmungen in § 11 Abs. 1 Ziff. 7 und 8 des Heimgesetzes, das den Heimträger lediglich verpflichtet sicherzustellen, dass Pflegepläne bzw. Förder- und Hilfepläne aufgestellt werden, sind diese Bestimmungen konkreter. Auf der einen Seite stellen sie heraus, dass dem Untergebrachten und seinem gesetzlichen Vertreter seine Rechte und Pflichten und die Pflege- oder Hilfepläne zu erläutern und dass diese fortzuschreiben sind; auf der anderen Seite regeln sie die ärztliche Heilbehandlung während der Unterbringung. Rechtlich gesehen wird die Gesundheitsfürsorge während einer geschlossenen Unterbringung in den meisten Fällen dem gesetzlichen Vertreter des Untergebrachten obliegen, mit dem die Heimleitung deshalb eng wird zusammenarbeiten müssen. Deshalb fragen wir:

- Reichen aus der Sicht der Landesregierung die Bestimmungen des Heimgesetzes aus, um sicherzustellen, dass im Heim unverzüglich nach der Aufnahme eines Bewohners zur geschlossenen Unterbringung durch eine Befunderhebung der konkrete Hilfebedarf ermittelt wird?
- Reichen die bestehenden Bestimmungen aus, um sicherzustellen, dass auf der Grundlage des festgestellten Hilfebedarfs ein Plan zur Betreuung, Förderung und Wiedereingliederung des Untergebrachten aufgestellt und dass dieser im Verlauf regelmäßig fortgeschrieben wird?
- Wie wird gewährleistet, dass Untergebrachte und deren gesetzliche Vertreter über ihre Rechte und Pflichten während der Unterbringung und über den Hilfeplan unterrichtet werden?
- Haben geschlossen untergebrachte Heimbewohner bzw. deren gesetzliche Vertreter das Recht, ihren Hausarzt frei zu wählen?
- Haben geschlossen untergebrachte Heimbewohner bzw. deren gesetzliche Vertreter das Recht, ihre Fachärzte frei zu wählen?

Die in § 10 MvollzG LSA genannten Maßnahmen – Schulbesuch, Berufsausbildung, berufsfördernde Maßnahmen, Umschulung, Arbeitstherapie, Berufsausübung – kommen bei einer Unterbringung wegen einer Demenz nicht in Betracht; bei geschlossenen untergebrachten suchtkranken, chronisch psychisch kranken, geistig behinderten oder jugendlichen Heimbewohnern kann dagegen je nach der individuellen Fallgestaltung durchaus die Notwendigkeit solcher Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben bestehen.

3. Gestaltung der Unterbringung:

§ 18 PsychKG LSA: Gestaltung der Unterbringung:

- (1) Die Unterbringung ist unter Berücksichtigung therapeutischer Gesichtspunkte so zu gestalten, dass eine möglichst weitgehende Annäherung an die allgemeinen Lebensverhältnisse erreicht wird. Zugleich soll die Bereitschaft des Untergebrachten geweckt werden, aktiv am Erreichen des Behandlungszieles mitzuwirken.*
- (2) Während der Unterbringung fördert die Einrichtung die Aufrechterhaltung bestehender und die Anbahnung neuer sozialer Kontakte des Untergebrachten, soweit sie sein Verantwortungsbewußtsein für ein geordnetes Zusammenleben stärken und damit der Wiedereingliederung dienen.*

(Gleichlautend: MvollzG LSA: § 9)

- (3) Untergebrachten soll während der Unterbringung ein angemessener Barbetrag zur Verfügung stehen. Die Einrichtung hat bei erforderlichen Anträgen Beratung und Unterstützung zu geben.*

§ 12 MvollzG LSA: Arbeit, Einkommen, Taschengeld:

- (1) Für eine Tätigkeit im Rahmen der Arbeitstherapie erhält der Untergebrachte eine Zuwendung ...*
- (5) Die Untergebrachten können über Taschengeld frei verfügen. ...*

§ 13 MvollzG LSA: Freizeitgestaltung:

- (1) Dem Untergebrachten soll bei der Gestaltung seiner Freizeit durch Angebote zur Fortbildung, sportlicher, kultureller und gesellschaftlicher Betätigung geholfen werden.*
- (2) Dem Untergebrachten ist täglich mindestens eine Stunde Aufenthalt im Freien zu ermöglichen.*
- (3) Einschränkungen der Freizeitgestaltung sind nur aus Gründen der Behandlung und des geordneten Zusammenlebens in der Einrichtung und zum Schutz der Allgemeinheit zulässig.*

Beide Gesetze fordern ausdrücklich, die geschlossene Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus so zu gestalten, dass trotz des erforderlichen Freiheitsentzuges eine möglichst weitgehende Annäherung an normale Lebensverhältnisse erreicht wird. Insbesondere für den Fall der längeren Unterbringung im Maßregelvollzug hat der Gesetzgeber ausdrückliche Garantien auch für die Gestaltung der Freizeit und den Aufenthalt im Freien vorgesehen.

Die Auszahlung des Taschengeldes richtet sich bei den im Heim geschlossenen untergebrachten Personen nach sozialhilferechtlichen Bestimmungen und bereitet erfahrungsgemäß wenig Probleme; wenn der Untergebrachte über den Barbetrag nicht frei verfügen soll, wird dies ggf. vom Vormundschaftsgericht durch die Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts ausdrücklich so bestimmt. Diesbezüglich besteht nach unserer Auffassung kein zusätzlicher Regelungsbedarf.

Wir fragen die Landesregierung:

- Sollten vergleichbare Bestimmungen, wie sie in § 18 Abs. 1 und 2 PsychKG LSA und in § 9 MvollzG LSA für die geschlossene Unterbringung in stationärer Behandlung vorgesehen sind, nicht auch für die geschlossene Unterbringung in einem Heim gelten?
- Sind nicht auch bei einer geschlossenen Unterbringung im Heim bedarfsgerechte Angebote zu sportlicher, kultureller und gesellschaftlicher Betätigung zu gewährleisten?
- Ist nicht auch bei einer geschlossenen Unterbringung im Heim ein täglicher Aufenthalt im Freien zu ermöglichen?

4. Religionsausübung:

§ 25 PsychKG LSA: Religionsausübung:

- (1) *Der Untergebrachte hat das Recht, innerhalb der Einrichtung am Gottesdienst und an Veranstaltungen von Religions- und Glaubensgemeinschaften teilzunehmen.*
- (2) *Religions- und Glaubensgemeinschaften ist die Möglichkeit einzuräumen, innerhalb der Einrichtung Gottesdienste und religiöse Veranstaltungen abzuhalten, soweit die Besonderheiten der Einrichtung und Behandlungserfordernisse nicht entgegenstehen.*

Gleichlautend: MvollzG LSA: § 14

Für den Ausschuss ist derzeit nicht erkennbar, wie dem Grundrecht auf ungestörte Religionsausübung (Art. 4 Abs. 2 GG) bei geschlossener Unterbringung in einem Heim zur Geltung verholfen wird. Dass ein solches Bedürfnis bei einem geschlossen untergebrachten suchtkranken oder psychisch kranken Heimbewohner bestehen kann, ist nicht auszuschließen. Wir fragen die Landesregierung:

- Wie wird bei geschlossener Unterbringung in einem Wohnheim das Grundrecht auf ungestörte Religionsausübung gewährleistet?

5. Allgemeine Sicherungsmaßnahmen:

Das PsychKG LSA regelt nur die Anwendung von „besonderen“ Sicherungsmaßnahmen; das Maßregelvollzugsgesetz enthält darüber hinaus Grundsätze, Bestimmungen zur Hausordnung und allgemeine Sicherungsmaßnahmen, die unserer Auffassung nach auch für die geschlossene Unterbringung im Heim nicht ohne Bedeutung sind:

§ 20 PsychKG LSA: Rechtsstellung des Untergebrachten:

Der Untergebrachte unterliegt nur denjenigen Beschränkungen seiner Freiheit, die sich aus dem Zweck der Unterbringung und aus den Anforderungen eines geordneten Zusammenlebens in dem Krankenhaus ergeben, in dem er untergebracht ist. Maßnahmen, welche die Freiheit des Untergebrachten einschränken, sind im Verlaufe der Behandlung ständig zu überprüfen und der Entwicklung des Untergebrachten anzupassen.

§ 15 MvollzG LSA: Grundsätze:

- (1) *Der Untergebrachte soll sich so verhalten, dass das Ziel der Unterbringung auch für die anderen Untergebrachten nicht gefährdet und das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung nicht gestört wird. Anordnungen des Leiters der Einrichtung und ihrer Bediensteten hat er zu befolgen.*
- (2) *Die in diesem Gesetz zugelassenen Beschränkungen können dem Untergebrachten auferlegt werden, soweit dies erforderlich ist, um das Ziel der Unterbringung auch der anderen Untergebrachten zu fördern oder um die Sicherheit und Ordnung aufrecht zu erhalten.*

§ 16 MvollzG LSA: Hausordnung:

- (1) *Die dem Untergebrachten obliegenden Pflichten, seine Rechte sowie Grundsätze für die Ausübung des Hausrechts sind in einer Hausordnung näher zu bestimmen. ...*
- (2) *Die Hausordnung ist dem Untergebrachten bekanntzugeben und an allgemein zugänglicher Stelle in der Einrichtung auszuhängen.*

§ 17 MvollzG LSA: Allgemeine Sicherungsmaßnahmen:

- (1) *Der Umfang der dem Untergebrachten auferlegten Beschränkungen richtet sich nach dem Stand und Erfolg der Behandlung, wobei Gefährdungen, die von dem Untergebrachten ausgehen können, zu berücksichtigen sind. Beschränkungen sind im Verlauf der Behandlung regelmäßig zu überprüfen und der Entwicklung anzupassen.*
- (2) *Eingriffe in die Rechte des Untergebrachten sind in seinen Akten festzuhalten und zu begründen. Diese Unterlagen können der Untergebrachte und mit seiner Zustimmung sein gesetzlicher Vertreter ... einsehen. ...*

Nach unserer Auffassung sind vergleichbare allgemeinen Bestimmungen auch für die Situation der geschlossenen Unterbringung in einem Heim erforderlich. Einerseits wird die Erwartung an den Untergebrachten gerichtet, sich ordnungsgemäß zu verhalten; andererseits wird er vor Willkür geschützt, indem Sicherungsmaßnahmen auf das jeweils erforderliche Maß beschränkt werden.

Klärungsbedürftig erscheint uns darüber hinaus die Frage, wer im Fall einer geschlossenen Unterbringung in einem Heim dazu befugt ist, unmittelbaren Zwang anzuwenden. Dies ist für den Maßregelvollzug in § 17 Abs. 3 bis 6 detailliert geregelt; für die Unterbringung nach PsychKG LSA gibt es keine vergleichbaren Bestimmungen. Uns erscheint es erforderlich, möglichst klar anzugeben, wie weit die Befugnisse des Personals in einem Wohnheim reichen und wo sie ihre Grenze finden, um für die Bewohner und insbesondere auch für die Mitarbeiter Rechtssicherheit zu schaffen. Deshalb fragen wir die Landesregierung:

- Wie wird bei im Heim geschlossen untergebrachten Personen gewährleistet, dass sie einerseits zu ordnungsgemäßigem Verhalten angehalten, andererseits aber vor unnötigen Beschränkungen und Willkür des Personals geschützt werden?
- Wer ist im Fall einer geschlossenen Unterbringung in einem Heim befugt, unmittelbaren Zwang anzuwenden?

6. Besondere Sicherungsmaßnahmen:

§ 19 PsychKG LSA: Besondere Sicherungsmaßnahmen:

(1) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind: 1. die Wegnahme von Gegenständen, 2. die Beschränkung des Aufenthalts im Freien, 3. die Absonderung in einem besonderen Raum, 4. die Fixierung.

(2) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind nur ausnahmsweise und nur dann zulässig, wenn und solange die gegenwärtige erhebliche Gefahr besteht, 1. dass der Untergebrachte sich selbst tötet oder einen schwerwiegenden gesundheitlichen Schaden zufügt, 2. dass der Untergebrachte gewalttätig wird und andere Patienten, Mitarbeiter des Krankenhauses oder Besucher gefährdet oder dass er erheblichen materiellen Schaden anrichtet, 3. dass der Untergebrachte die Einrichtung ohne Erlaubnis verlässt, und wenn der Gefahr nicht anderweitig begegnet werden kann.

(3) Eine besondere Sicherungsmaßnahme darf nur vom verantwortlichen Arzt angeordnet werden. Sie ist zu befristen, ärztlich zu überwachen und unverzüglich aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für ihre Anordnung weggefallen sind. Anordnung und Aufhebung der besonderen Sicherungsmaßnahmen sind zu dokumentieren. Dem Träger des Krankenhauses ist jährlich eine Auflistung der ergriffenen besonderen Sicherungsmaßnahmen vorzulegen.

Gleichlautend: § 18 MvollzG LSA, ergänzt um Abs. 4: Besondere Sicherungsmaßnahmen ..., die über einen Zeitraum von zwei Wochen hinausgehen, bedürfen der Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

Das in § 1906 Abs. 4 BGB vorgesehene Erfordernis einer richterlichen Genehmigung unterbringungsähnlicher Maßnahmen reicht nach unserer Einschätzung nicht aus, um in einem Wohnheim oder Pflegeheim die Anwendung besonderer Sicherungsmaßnahmen zu regeln: Eine richterliche Genehmigung unterbringungsähnlicher Maßnahmen ist nur dann möglich, wenn diese zur Abwendung einer Selbstgefährdung oder zur Sicherstellung der Heilbehandlung dienen, und sie ist nur dann nötig, wenn dem Betreuten über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll. Für uns liegt es auf der Hand, dass die verbleibende Regelungslücke geschlossen werden muss, die sich daraus ergibt, dass Sicherungsmaßnahmen auch zum Schutz anderer Personen bei Fremdgefährdung erforderlich werden können oder bei Personen zur Anwendung kommen, denen durch den Unterbringungsbeschluss die Freiheit ohnehin schon entzogen ist. Deshalb fragen wir:

- Welche „besonderen Sicherungsmaßnahmen“ sind in einem Wohnheim zulässig?
- Unter welchen Voraussetzungen und auf welcher Rechtsgrundlage können besondere Sicherungsmaßnahmen bei Bewohnern eines Wohnheims angeordnet werden?
- Wie wird, wenn diese Voraussetzungen vorliegen, die Abgrenzung zur Notwendigkeit der erneuten Einweisung in stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung vorgenommen?
- Wer darf in einem Wohnheim besondere Sicherungsmaßnahmen anordnen?
- Welche Bestimmungen gelten für Befristung, Überwachung, Aufhebung und Dokumentation?

7. Durchsuchung:

§ 21 MvllzG LSA: Durchsuchung:

Der Untergebrachte, seine Sachen und die Unterbringungsräume können durchsucht werden. Bei der Durchsuchung männlicher Untergebrachter dürfen nur Männer, bei der Durchsuchung weiblicher Untergebrachter nur Frauen anwesend sein. Das Schamgefühl ist zu schonen.

Eine mit einer Entkleidung verbundene körperliche Untersuchung ist nur bei Gefahr im Verzuge und auf Anordnung des Leiters der Einrichtung zulässig. Sie muss in einem geschlossenen Raum und in Gegenwart eines Dritten durchgeführt werden. Andere Untergebrachte dürfen nicht anwesend sein. Geht die Durchsuchung über eine Nachschau am oder im Körper hinaus (z.B. die Inspektion von nicht frei einsehbaren Körperhöhlen), darf sie nur durch einen Arzt vorgenommen werden.

Der Leiter der Einrichtung kann Durchsuchungen nach Abs. 2 für bestimmte Fälle allgemein anordnen.

Die Durchsuchung (mit dem Ziel des Auffindens und der Wegnahme gefährlicher Gegenstände) könnte ebenfalls als eine besondere Sicherungsmaßnahme betrachtet werden; sie ist im PsychKG LSA nicht vorgesehen. Es bedarf aber keiner besonderen Phantasie, um zu erkennen, dass die Notwendigkeit einer Durchsuchung sich durchaus auch aus dem Zweck der geschlossenen Unterbringung in einem Heim ergeben kann, etwa um Waffen, andere gefährliche Gegenstände (Nadeln oder Rasierklingen bei bekannter Neigung zu selbstverletzendem Verhalten) oder Suchtstoffe aufzufinden. Deshalb fragen wir:

- Welche Regelungen gelten bei einer Unterbringung im Heim für die Durchsuchung?
- Wer darf eine Durchsuchung anordnen und durchführen? Wer darf nicht, wer muss zugegen sein?
- Wie wird die Schonung des Schamgefühls gewährleistet?

8. Persönliche Habe, Besuchsrecht:

§ 21 PsychKG LSA: Persönliche Habe, Besuchsrecht:

(1) Der Untergebrachte hat das Recht, seine persönliche Kleidung zu tragen, persönliche Gegenstände in seinem Zimmer aufzubewahren und Besuch zu empfangen.

(2) Dieses Recht darf nur eingeschränkt werden, wenn dadurch gesundheitliche Nachteile für den Untergebrachten zu befürchten sind oder die Sicherheit der Einrichtung oder ein geordnetes Zusammenleben in der Einrichtung erheblich gefährdet wird.

§ 19 MvllzG LSA: Persönliche Habe, Besuchsrecht:

(1) Der Untergebrachte hat das Recht, seine persönliche Kleidung zu tragen, persönliche Gegenstände in seinem Zimmer aufzubewahren und Besuch zu empfangen. Die Hausordnung kann einheitliche Grundsätze für Besitz, Erwerb und Verwendung von Sachen sowie für Zeitpunkt und Dauer bei Besuchen vorgeben.

(2) Aus Gründen der Behandlung, der Sicherheit und des geordneten Zusammenlebens in der Einrichtung können Besuche überwacht, abgebrochen, eingeschränkt oder untersagt werden. Ein Besuch kann davon abhängig gemacht werden, dass der Besucher sich durchsuchen und die von ihm mitgeführten Gegenstände überprüfen lässt. Besuche eines gesetzlichen Vertreters, von Verteidigern sowie von Rechtsanwälten und Notaren in einer den Untergebrachten betreffenden Rechtssache sind zu gestatten. ...

Bei gleicher Zielsetzung ist das Maßregelvollzugsgesetz an dieser Stelle konkreter formuliert. Wir gehen davon aus, dass dem Recht auf persönliche Kleidung und den Besitz persönlicher Gegenstände bei der Unterbringung im Heim weitgehend Rechnung getragen wird. Die Aufgabe, den Untergebrachten vor unerwünschten Besuchern und die Einrichtung vor der Einschleppung unerwünschter Gegenstände zu schützen, stellt sich auch bei der geschlossenen Unterbringung in einem Heim; man denke nur an den geschlossen untergebrachten Suchtkranken und das Einschmuggeln von Suchtmitteln, man denke an Medien mit Gewalt verherrlichendem oder pornographischem Inhalt. Deshalb fragen wir:

- Wie wird bei der geschlossenen Unterbringung im Heim das Recht gehandhabt, Besuch zu empfangen?

- Welche Regelungen gelten für die Überwachung oder Beschränkung von Besuchen und die Überprüfung mitgebrachter Gegenstände?

9. Postverkehr und Telekommunikation:

§ 22 PsychKG LSA: Postverkehr und Telekommunikation:

- (1) *Der Untergebrachte hat das Recht, Postsendungen frei abzusenden und zu empfangen.*
- (2) *Im Rahmen des § 20 kann der Schriftverkehr des Untergebrachten überwacht und beschränkt werden. Dies gilt nicht für den Schriftverkehr mit (Gerichten, Staatsanwaltschaften, Rechtsanwälten, Aufsichtsbehörden, Volksvertretungen, der Europäischen Kommission für Menschenrechte, dem Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und seinen Besuchskommissionen und bei ausländischen Staatsangehörigen für die konsularische oder diplomatische Vertretung des Heimatlandes). ...*
- (4) *Über Maßnahmen der Überwachung und Beschränkung des Schriftverkehrs ist der Untergebrachte zu unterrichten. ...*
- (6) *... Die Überwachung eines Ferngesprächs wird in der Weise vorgenommen, dass ein Bediensteter der Einrichtung das Gespräch in Gegenwart des Untergebrachten mithört.*

(Gleichlautend: MvollzG LSA: § 20)

Der nach §§ 1906 oder 1631 BGB Untergebrachte hat in jedem Fall einen gesetzlichen Vertreter. Möglicherweise stellt sich deshalb im Heim die Frage einerseits der Gewährleistung und andererseits der Beschränkung von Schriftverkehr und Telekommunikation nicht mit der gleichen Dringlichkeit wie in der psychiatrischen Klinik und im Maßregelvollzug. Wenn allerdings dem gesetzlichen Vertreter die Befugnis zum Anhalten und Öffnen der Post vom Gericht nicht ausdrücklich übertragen wurde, muss insbesondere hinsichtlich der nötigen Beschränkungen, die aus den Gründen des vorangegangenen Abschnitts erforderlich werden können, Rechtssicherheit geschaffen werden. Aus diesem Grunde fragen wir:

- Wie werden bei einer geschlossenen Unterbringung im Heim Postverkehr und Telekommunikation gehandhabt?
- Welche Überwachungsmaßnahmen und welche Beschränkungen sind zulässig? Wer darf diese anordnen?
- Wird der Untergebrachte über diese Maßnahmen unterrichtet?

10. Offene Unterbringung:

§ 23 Offene Unterbringung:

- (1) *Sobald der Zweck der Unterbringung es zulässt, soll die Unterbringung nach Möglichkeit aufgelockert und in weitgehend freien Formen durchgeführt werden, um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen. Eine Lockerung der Unterbringung oder eine offene Unterbringung soll vom verantwortlichen Arzt dann gewährt werden, wenn dies der Behandlung des Untergebrachten dient, er den damit verbundenen Anforderungen genügt und ein Mißbrauch nicht zu befürchten ist. (Ähnlich § 22 MvollzG LSA).*
- (2) *... Gegen den Willen des Untergebrachten ist eine Verlegung in die offene Unterbringung nicht zulässig.*

§ 23 MvollzG LSA: Lockerungen des Vollzugs:

- (1) *Als Lockerung des Vollzugs kann insbesondere zugelassen werden, dass der Untergebrachte 1. außerhalb der Einrichtung regelmäßig einer Beschäftigung unter Aufsicht (Außenbeschäftigung) oder ohne Aufsicht (Freigang) nachgeht oder 2. für eine bestimmte Zeit innerhalb eines Tages die Einrichtung unter Aufsicht (Ausführung) oder ohne Aufsicht (Ausgang) verlässt. Die Aufsicht wird durch Bedienstete der Einrichtung wahrgenommen.*
- (2) *Ausgang kann insbesondere zur Erledigung persönlicher, familiärer, rechtlicher oder geschäftlicher Angelegenheiten, zur Teilnahme an gerichtlichen Terminen oder aus anderen wichtigen Gründen bewilligt werden. ...*

Die Frage, ob es möglich ist, eine auf der Grundlage des § 1906 BGB angeordnete Unterbringung offen zu vollziehen, ist mittlerweile nicht mehr umstritten. Keinesfalls nötigt die

Bewilligung von Ausgang oder Urlaub den gesetzlichen Vertreter, die Unterbringung sofort zu beenden; auch bei nach BGB untergebrachten Patienten muss mit einem geplanten und abgestuften Vorgehen erprobt werden können, ob sie sich in Freiheit bewähren; andernfalls würde die Unterbringung nämlich unnötig verlängert.

Daraus ergibt sich, dass in enger Absprache mit dem gesetzlichen Vertreter auch dem geschlossen untergebrachten Heimbewohner Lockerungen zu gewähren sind, wenn der Untergebrachte Fortschritte gemacht hat und der Zweck der Unterbringung dadurch nicht gefährdet wird. Allerdings ist die Frage, ob durch die Bewilligung von Ausgang eine Gefährdung für den Untergebrachten – zum Beispiel das Risiko eines Rückfalls in einen Suchtmittelkonsum – heraufbeschworen wird, im Einzelfall besonders sorgfältig zu prüfen. (Nach unserer Erfahrung ist es gängige Praxis mancher Einrichtungen, sich unbequemer Heimbewohner dadurch zu entledigen, dass durch Bewilligung einer Beurlaubung ein Verstoß gegen den Heimvertrag provoziert wird, der das Heim zur Kündigung berechtigt). Deshalb stellen wir folgende Fragen:

- Unter welchen Voraussetzungen werden bei geschlossen untergebrachten Heimbewohnern Lockerungen gewährt und zurückgenommen?
- Wem obliegt im Wohnheim die Verantwortung für die Entscheidung über die Bewilligung und den Widerruf von Lockerungen?
- Wie wird insbesondere sichergestellt, dass der behandelnde Facharzt für Psychiatrie, der gesetzliche Vertreter des Untergebrachten und der Untergebrachte selbst an der Entscheidung beteiligt werden?

11. Beurlaubungen:

§ 24 PsychKG LSA: Beurlaubungen

- (1) Dem Untergebrachten kann Urlaub bis zur Dauer von zwei Wochen ... gewährt werden, insbesondere wenn der Gesundheitszustand und die persönlichen Verhältnisse des Untergebrachten dies rechtfertigen und zu erwarten ist, dass dadurch das Behandlungsziel gefördert wird und ein Mißbrauch des Urlaubs nicht zu befürchten ist.*
- (2) Die Beurlaubung kann mit Auflagen verbunden werden ...*
- (3) ... Eine länger dauernde Beurlaubung bedarf der Abstimmung mit ... dem Gericht.*
- (4) Die Beurlaubung kann jederzeit widerrufen werden ...*

Ähnlich: MvollzG LSA: § 25; mögliche Auflagen sind hier konkret genannt.

Die Frage der Beurlaubung wird sich am Beginn einer geschlossenen Unterbringung in einem Heim nicht stellen, wohl aber im Verlauf und insbesondere wenn es darum geht zu erproben, ob die Unterbringung ausgesetzt oder aufgehoben werden kann. Deshalb erscheint uns eine Regelung von Beurlaubungen, wie sie im PsychKG LSA und im MvollzG LSA vorgesehen ist, auch für die Gestaltung der Unterbringung im Heim relevant zu sein. Wir fragen:

- Unter welchen Voraussetzungen und durch wen können bei geschlossen untergebrachten Heimbewohnern Beurlaubungen bewilligt, abgelehnt oder widerrufen werden?
- Mit welchen Auflagen können oder sollten Beurlaubungen aus einer geschlossenen Unterbringung im Heim ggf. verbunden werden?
- Wie wird sichergestellt, dass der behandelnde Facharzt für Psychiatrie, der gesetzliche Vertreter des Untergebrachten und der Untergebrachte selbst an der Entscheidung beteiligt werden?

12. Entlassung:

Nach § 1906 Abs. 3 BGB hat der Betreuer die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er muss die Beendigung dem Vormundschaftsgericht lediglich anzeigen. Ferner hat das Gericht die Unterbringung aufzuheben, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen (§ 70 i Abs. 1 FGg). Die Unterbringung endet ohne gesonderten

Beschluss mit Ablauf der Frist, für die sie angeordnet wurde, wenn sie nicht vorher verlängert wird (§ 70 f Abs. 1 Punkt 3. FGg); ihr Vollzug kann ausgesetzt und die Aussetzung mit Auflagen verbunden werden. Für die Beendigung der geschlossenen Heimunterbringung sind damit alle denkbaren Fallgestaltungen erfasst, so dass hier für uns kein zusätzlicher Regelungsbedarf erkennbar ist.

Zusammenfassung:

Die gesetzlichen Regelungen, die der Gesetzgeber für das Land Sachsen-Anhalt für den Vollzug der geschlossenen Unterbringung in stationärer psychiatrischer Behandlung und in Einrichtungen des Maßregelvollzugs erlassen hat und die sich in ihrer Gesamtheit in den fünfzehn Jahren ihrer Anwendung durchaus bewährt haben, wurden detailliert geprüft hinsichtlich der Frage, ob sie auf die Situation von Menschen übertragen werden können, die von unterbringungsähnlichen Maßnahmen betroffen sind oder nach BGB und FGg in einer Übergangseinrichtung, einem Wohnheim für behinderte Menschen oder einem Pflegeheim geschlossen untergebracht sind. Unsere Analyse hat gezeigt, dass viele dieser Regelungen durchaus sinngemäß auf geschlossen untergebrachte Heimbewohner angewendet werden können und dass für die hier angesprochenen Themen durchaus ein Bedarf an einer klaren, eindeutigen und rechtssicheren Regelung besteht. In Heimen des Landes Sachsen-Anhalt sind Bewohner geschlossen untergebracht, nach den Erkenntnissen der Besuchskommissionen zum Teil ohne Wissen der Heimaufsichtsbehörde. Wir müssen vermuten, dass jede Einrichtung ihre eigenen Regeln für den Vollzug und die Gestaltung der geschlossenen Unterbringung aufgestellt hat, weil es allgemein verbindliche Regelungen ganz offensichtlich nicht gibt. Dies erscheint dem Ausschuss bedenklich, weil der Vollzug der geschlossenen Unterbringung als freiheitsentziehende Maßnahme, wie wir gezeigt haben, zwangsläufig zahlreiche weitere Grundrechtseingriffe nach sich zieht. Für die psychiatrischen Kliniken hat der Gesetzgeber für den Umgang damit detaillierte Regelungen getroffen, die gleichermaßen und sehr ausgewogen die Interessen des Untergebrachten, den Zweck der Unterbringung und den ordnungsgemäßen Betrieb der Einrichtung berücksichtigen; bei einer geschlossenen Unterbringung im Heim werden vergleichbare Grundrechtseingriffe erforderlich, deren Rechtsgrundlage für uns derzeit nicht ersichtlich ist.

Dem Verf. ist vollkommen klar, dass für eine staatlich angeordnete, öffentlich-rechtliche Unterbringung andere Maßstäbe gelten als für die vom Betreuer angeordnete, vom Gericht lediglich genehmigte bürgerlich-rechtliche Unterbringung. Ganz offensichtlich reichen aber die Befugnisse der Betreuer als Garantie für die Wahrung der verbliebenen Freiheitsrechte von gerichtlich untergebrachten Heimbewohnern nicht aus, weil die Betreuer der Einrichtung gegenüber keinerlei Durchgriffsmöglichkeiten haben. Aus diesem Grunde erscheint es unbedingt erforderlich, die Heime selbst und unmittelbar auf die Einhaltung bestimmter Standards zu verpflichten.

Der Gesetzgeber hat den Ausschuss beauftragt, für die Belange der psychisch kranken und behinderten Menschen einzutreten. In Erfüllung dieses Auftrags bitten wir die Landesregierung, dem Ausschuss die hier aufgeworfenen Fragen zu beantworten und ggf. gesetzgeberisch aktiv zu werden. Den Landtag von Sachsen-Anhalt und seine Abgeordneten bitten wir, sich in eigener Zuständigkeit ebenfalls der Frage anzunehmen und für den Fall, dass die Landesregierung keinen Lösungsvorschlag vorlegt, selbst die Initiative zu ergreifen. Nach Auffassung des Ausschusses wird ergänzend zum PsychKG LSA und zum MvollzG LSA ein Gesetz oder eine Verordnung benötigt, um Einzelheiten des Vollzugs und der Gestaltung der geschlossenen Unterbringung in den Heimen des Landes Sachsen-Anhalt zu regeln. Eine Möglichkeit, die sich hier anbietet, ist die im Zuge der Förderalismusreform notwendig werdende Erarbeitung eines Heimgesetzes für das Land.

III. Tätigkeitsbericht

Erhard Grell, Halle

Die nachstehende Tabelle gibt eine Übersicht über die Tätigkeit des Ausschusses im Berichtszeitraum, soweit diese über Besuche in Einrichtungen hinausging:

Datum	Ort	Thema, Gesprächspartner, Ausschussmitglieder
24.05.06	Magdeburg	Delegierte des Ausschusses zum 109. Deutschen Arztetag (Draba)
Juni 2006		Stellungnahme zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger in LSA (Böcker, Gerdes, Jungbluth)
28.06.2006	Halle	Gespräch mit Vorstandsmitgliedern des Berufsverbandes (BVDN) in LSA Dr. Schlinsog und Dr. Zett (Böcker, Grell, Fiss)
12.07.2006	Halle	Redaktion zum 13. Bericht (Böcker, Grell, Langer, Hahndorf, Geppert, Maier, Fiss)
19.07.2006	Magdeburg	Gespräch mit dem Vorstand der KVSA, (Böcker, Grell, Maier, Fiss)
27.07.2006	Magdeburg	Gespräch mit der Ministerin für Gesundheit und Soziales Frau Dr. Kuppe, Berufung der Landtagsabgeordneten Dr. Hüskens, Dr. Späthe, Brumme und Rotter in den Ausschuss (Grell)
20.09.2006	Magdeburg	Landespressekonferenz mit Übergabe des 13. Berichts an den Landtagspräsidenten Herrn Steinecke und die Ministerin Frau Dr. Kuppe (Böcker, Grell, Langer, Fiss)
04.10.2006	Halle	Gespräch mit dem LIGA-Beauftragten für psychiatrische Angelegenheiten, Dr. Daßler (Böcker, Grell, Fiss)
01.11.2006	Halle	Gespräch mit dem Direktor der Sozialagentur, Reichelt, (Böcker, Fiss)
29.11.2006	Magdeburg	Sitzung des Ausschusses. Gäste: Frau Hanschke, für den Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Herr Maerevoet als Beauftragter der Landesregierung für die Belange behinderter Menschen
19.12.2006	Magdeburg	Gespräch mit der Ministerin für Gesundheit und Soziales Frau Dr. Kuppe zur Notwendigkeit einer Wiederbelebung der Psychiatrieplanung (Böcker, Grell)
Okt – Dez 2006		Aktivitäten zur Sicherung der ambulanten fachärztlichen Versorgung der Bewohner von Schloss Hoym (Böcker)
10.01.2007	Magdeburg	Beratung des 13. Berichts im Sozialausschuss des Landtages (Böcker, Grell, Garlipp, Langer, Maier, Fiss)
14.02.2007	Magdeburg	Beratung zur Praxis der Eingliederungshilfe in LSA im Sozialausschuss des Landtages (Langer)
28.02.2007	Halle	Vortrag zum Thema „Was wissen wir über die psychiatrische Versorgung in Deutschland, was nicht?“ von Prof. Dr. Jürgen Fritze, Empfang mit zahlreichen Gästen
07.03.2007	Halle	Gespräch mit den Vertretern der Heimaufsichtsbehörde Dr. Freudrich, Gramatke, Strohmeier (Böcker, Grell, Fiss)
18.04.2007	Bernburg	Sitzung des Ausschusses: Psychiatrische Versorgung „hinter Gittern“. Referenten: Dr. Sannemüller, Buchholz, Manser, Krebs, Schöнке

13. Bericht:

Zu Beginn des aktuellen Berichtszeitraumes war zunächst der 13. Bericht zu erarbeiten und den zuständigen Stellen zu erläutern. Im Rahmen der Landespressekonferenz konnte der Bericht am 20. September 2007 dem Präsidenten des Landtags, Herrn Dieter Steinecke, übergeben werden. An der Übergabe nahm erstmals die Ministerin für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Frau Dr. Kuppe, teil. Während das Echo in den Medien nur knapp war, war das Interesse der Fachöffentlichkeit an dem Bericht wieder groß. Inhaltlich wurde der Bericht am 19. Dezember 2006 mit der Ministerin und Mitarbeitern ihres Hauses diskutiert. Am 10. Januar 2007 hat der Ausschuss für Soziales des Landtags von Sachsen-Anhalt über den Bericht ausführlich debattiert. Ein wesentlicher Streitpunkt war dabei die Frage, ob einem erwerbsfähigen behinderten Menschen neben dem ambulant betreuten Wohnen auch die Betreuung in einer Tagesstätte vom Träger der Sozialhilfe bewilligt werden muss.

Sitzungen:

Die erste Ausschusssitzung im Berichtszeitraum fand am 17. Mai 2006 statt. Sie gehört inhaltlich noch zu dem vorhergehenden Berichtszeitraum und ist deshalb bereits im 13. Bericht dargestellt (Seite 39).

An der **erweiterten Ausschusssitzung** am 29. November 2006 in Magdeburg nahm als Gast auch der Behindertenbeauftragte des Landes Sachsen-Anhalt, Herr Maerevoet, teil. Der Gastgeber, der Leitende Arzt des MDK, Herr Dr. Bucher, äußerte sich in seiner Begrüßung ausgesprochen positiv über den Nutzen der Arbeit des Ausschusses. Inhaltlich wurde in der Sitzung zunächst die künftige Gestaltung der Kontakte zum Ministerium für Gesundheit und Soziales diskutiert, die sich bereits im organisatorischen Bereich wiederholt als unerwartet schwierig erwiesen hatte. Von mehreren Sitzungsteilnehmern wurde eindringlich auf das Erfordernis einer psychiatrischen Landesplanung hingewiesen. Das vom Ministerium ins Gespräch gebrachte „Sozialpolitische Gesamtkonzept“ enthält keine Aussagen zur Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Sozialpolitik und zur Landesplanung im psychiatrischen Bereich. Der Ausschuss hat deshalb noch einmal deutlich gemacht, dass er die Erarbeitung einer Gesamtplanung auf Landesebene fordert. Auch in der personellen Besetzung des Ministeriums muss deutlich werden, dass Psychiatrie als politische Aufgabe wahrgenommen wird und auch stattfindet. Ein weiterer Schwerpunkt der Diskussion war die Erörterung der Frage, ob die Verweigerung von Eingliederungshilfeleistungen durch die Sozialagentur mit dem Hinweis auf die Möglichkeit von Hilfen nach dem SGB II rechtmäßig ist. Dies wurde unter Hinweis auf entsprechende Gerichtsurteile und die Rechtsauffassung der Bundesregierung einhellig verneint.

Die **thematische Ausschusssitzung** am 18. April 2007 im Fachklinikum Bernburg war dem Thema der psychiatrischen Krankenversorgung „hinter Gittern“ gewidmet.

Nach der Begrüßung durch die Gastgeberin, die Ärztliche Direktorin des Fachklinikums, Frau Dr. Feyler, referierte Medizinaloberrätin Dr. Sannemüller von der JVA II Halle zu dem Thema „Zur psychiatrischen Krankenversorgung in den Justizvollzugsanstalten“. Sie wies darauf hin, dass sie bundesweit die einzige bei einem Justizministerium als Anstaltsärztin angestellte ambulant arbeitende Psychiaterin sei. Sie schilderte eindringlich die Probleme, die sich gerade durch die Besonderheiten in Justizvollzugsanstalten bei der Behandlung psychisch kranker Strafgefangener ergeben. Nach ihrer Einschätzung habe sich schon vieles gebessert. Probleme bereiteten aber insbesondere die oft fehlende Motivation der Gefangenen, der in der JVA grassierende Drogenhandel oder die fehlende Nachbehandlung. Die Zahl der Psychologen müsste nach ihrer Auffassung erhöht werden.

Anschließend berichtete der Leiter der Sozialtherapeutischen Anstalt Halle, Herr Psychologieoberrat Buchholz, über die „Sozialtherapeutische Arbeit im Strafvollzug“. Die Sozialtherapie sei ein Spezialbereich einer JVA, es gebe sie leider nur in Halle. Die Therapie sei auf höchstens zwei Jahre begrenzt. Von aktuell 110 zur Verfügung stehenden Plätzen seien derzeit 70 belegt. Für die Aufnahme gebe es strenge Kriterien. Ziel sei eine Vermeidung von Rückfällen. Inzwischen seien auch schon Therapieerfolge nachweisbar. In der anschließenden Diskussion wurde insbesondere der Umgang der Öffentlichkeit mit Sexualstraftätern kritisch hinterfragt.

Danach referierte der Drogenberater und Leiter der DROBS Halle, Herr Manser, zu dem Thema „Psychosoziale Betreuung drogenkranker Menschen unter Substitution“. Er stellte zunächst die Arbeit seiner Einrichtung vor und wies auf den unmittelbaren Bezug zwischen deren Tätigkeit und den Justizvollzugsanstalten hin. Gerade Drogenabhängige würden ihre Sucht oft mit Straftaten finanzieren und dann im Gefängnis landen. Dem gelte es durch eine intensive Ausstiegsarbeit vorzubeugen. Besonders wichtig sei auch eine Psychosoziale Betreuung, deren Finanzierung aber völlig offen sei, obwohl sie vom Gesetzgeber als Voraussetzung für eine Substitutionsbehandlung verlangt werde. In Halle würden zurzeit 250 Drogensüchtige auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen Ärzten, der DROBS und dem Klienten, dem sog. „Halleschen Modell“, substituiert.

Der stellvertretende Leiter des Fachkrankenhauses für Forensische Psychiatrie Bernburg und Abteilungsleiter Drogen, Herr Dipl.-Med. Krebs, berichtete sodann über „Suchttherapie im Maßregelvollzug“. Sein Krankenhaus sei die Zentraleinrichtung des Landes für die Behandlung von alkohol- oder drogenkranken Straftätern, die von Gerichten gemäß § 64 Strafgesetzbuch zur Besserung und Sicherung untergebracht werden. Aktuell sei die über 135 Plätze verfügende Klinik mit 185 Patienten belegt. In diesem Jahr werde zwar der dritte Bauabschnitt eröffnet. Dadurch könne die Überbelegung etwas gemildert werden. Besonders dramatisch sei der Anstieg der Fallzahlen im Drogenbereich. Im Jahre 1993 sei der erste Drogenpatient aufgenommen worden, 1997 seien es bereits 17, im Jahre 2000 mehr als 40 und nunmehr über 90 Personen. Die vor kurzem noch angespannte Personalsituation habe sich verbessert.

Den fachlichen Teil der Sitzung schloss Herr Sozialoberamtsrat Schönke aus dem Ministerium der Justiz mit seinem Vortrag „Das Konzept der internen Suchtarbeit in den Justizvollzugsanstalten des Landes Sachsen-Anhalt und seine Umsetzung“ ab. Er schilderte insbesondere die Vorarbeiten für die Erarbeitung der Allgemeinverfügung zur internen Suchtarbeit im Justizvollzug. Es sei auch geplant, Justizbeamte zu Suchtberatern und Suchtkrankenhelfern auszubilden.

In dem anschließenden internen Teil der Sitzung wurde nochmals kritisch diskutiert, dass auch nach dem Bezug des 3. Bauabschnitts des Maßregelvollzugs in Bernburg immer noch zu wenig Behandlungsplätze vorhanden sind. Anstelle einer weiteren Vergrößerung an einem zentralen Standort hält der Ausschuss die Einrichtung regional verteilter kleinerer Einrichtungen für sinnvoller.

Besuchsarbeit der regionalen Besuchskommissionen

Wesentlicher Teil der Arbeit des Ausschusses und seiner Besuchskommissionen ist der regelmäßige (monatliche) Besuch von Einrichtungen. Im Berichtszeitraum wurden insgesamt **106 Einrichtungen** aufgesucht:

- 13 Kliniken und Tageskliniken (darunter eine Universitätsklinik, eine Klinik des Maßregelvollzuges und drei separate Tageskliniken)
- 9 Sozialpsychiatrische Dienste
- 3 Suchtberatungsstellen
- 1 Psychosoziale Beratungsstelle
- 10 Betreuungsformen des Ambulant Betreuten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung / seelischer Behinderung infolge Sucht
- 1 berufliche Rehabilitationseinrichtung für Menschen mit seelischer Behinderung
- 4 Tagesstätten für Menschen mit seelischer Behinderung / seelischer Behinderung infolge Sucht
- 9 Heilpädagogische Kinder- und Jugendeinrichtungen
- 5 Wohnheime für Menschen mit seelischer Behinderung
- 6 Wohn- und Übergangsheime für suchtkranke Menschen
- 13 Wohnheime für Menschen mit geistiger Behinderung
- 8 Werkstätten für Menschen mit Behinderung
- 8 Wohnheime an WfbM
- 16 Altenpflegeheime

Im Übrigen erreichten den Ausschuss-Vorstand und die Geschäftsstelle in einem erheblichen Umfang Hilfeersuchen von Menschen und Institutionen des Landes zur Bearbeitung im Rahmen der laufenden Geschäfte.

„Neuigkeiten“

Dass sich auch in diesem Berichtszeitraum in der Versorgungslandschaft wieder einiges getan hat, belegt die nachfolgende Übersicht. Ein Teil der Informationen stammt von der Heimaufsicht im Landesverwaltungsamt, der wir an dieser Stelle sehr gern für die gute Zusammenarbeit danken.

Die folgende Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit:

- (Bereits 2005) Erweiterung der KJP-Tageskliniken der SALUS in Wittenberg um 4 auf 16 Plätze und in Dessau um 2 auf 14 Plätze.
- Mai 2006: Modell der Arbeitsmöglichkeit des Rückenwind e.V. für Menschen mit seelischer Behinderung im „Gänseblümchen“ (Bistro am Hallmarkt Halle) nach wenigen Monaten wieder beendet.
- Mai 2006: Tagung der TSE Halle zum Thema „Arbeit für Menschen mit seelischer Behinderung“.
- Mai und Juni 2006: mehrere regionale und überregionale Tagungen zum „trägerübergreifenden Persönlichen Budget“ in Halle, Magdeburg und Braunschweig.
- 17.05.2006: Eröffnung der Außenstelle Lochow der Klinik für Forensische Psychiatrie Uchtspringe mit 80 Plätzen (vollständiger Verzicht auf Lockerungen).
- Juni 2006: Eröffnung einer Außenwohngruppe am Wohnheim für Menschen mit geistiger Behinderung der Lebenshilfe Halle, Erhöhung der Gesamtkapazität um sieben Plätze
- Juli 2006: Erweiterung des Intensiv Betreuten Wohnens am Wohnheim an der WfbM in Querfurt um 3 auf 24 Plätze.
- Juli 2006: Eröffnung des Neubaus für Geriatrie am Klinikum Blankenburg, Beginn der Sanierung der für die psychiatrische Klinik vorgesehenen Altbauten.
- Juli 2006: Erweiterung des Intensiv Betreuten Wohnens der Caritas in Zeitz um 5 auf 10 Plätze.
- Juli 2006: Ärztestreiks an den kommunalen Krankenhäusern erfassen auch Psychiatrische Abteilungen.
- Juli 2006: Eröffnung des Erweiterungsbaus der WfbM Großörner mit 60 Plätzen.
- Sommer 2006: Eröffnung einer Kaffeerösterei mit Cafe und Imbiss (Franchising) der Lebenshilfe in Quedlinburg mit 12 behinderten Mitarbeitern.
- Sommer 2006: Erweiterung der WfbM der Diakonie in Wolfen von 180 auf 230 Plätze, weitere Erweiterung ab Mai 2007 um 35 auf 265 Plätze.
- Juli 2006: vorübergehende Schließung der Tagesstätte für Suchtkranke Weißenfels.
- August 2006: Streiks an den Universitätskliniken in Halle und Magdeburg
- August 2006: Erweiterung des Wohnheims an WfbM der Lebenshilfe in Gardelegen um Intensiv Betreutes Wohnen mit vier Plätzen.
- September 2006: Eröffnung des sanierten Haus 15 (Gerontopsychiatrie) am Fachkrankenhaus Jerichow.
- September 2006: Umwidmung von 14 Plätzen des Integrativen Kinderheimes der Pfeifferschen Stiftungen Magdeburg „Arche Noah“ in Wohnheimplätze an WfbM (Reduzierung der Kinderheimplätze wegen Bedarfsrückgang und Erweiterung der Wohnheimplätze).
- September 2006: Erweiterung des Intensiv Betreuten Wohnens an WfbM der GbR Komplexbetreuung in Lutherstadt-Eisleben um 8 Plätze.
- September 2006: Beschluss der 13. Kammer des Sozialgerichts Halle: Die Sozialagentur wird verpflichtet, der Antragstellerin (die Leistungen nach SGB II bezieht) Sozialhilfe in Form der Eingliederungshilfe durch Übernahme der Kosten für den Besuch der Tagesstätte für suchtkranke Menschen der Grünen Rose Weißenfels zu gewähren.
- Oktober 2006: Erweiterung nach Neubau im „Katharinenstift“ Schneidlingen, Wohnheime für geistig und mehrfach behinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, um 14 auf 64 Plätze.

- November 2006: LeBe Mechau hat nach Protesten von Bürgern aus Mechau für eine Außenwohngruppe mit 12 Plätzen ein Gehöft in einer anderen Gemeinde (Kaulitz) erworben; obwohl es auch dort Proteste gegen die Ansiedlung behinderter Menschen gab, hat der Landrat im Interesse der behinderten Menschen die Baumaßnahmen und den Heimbetrieb genehmigt.
- Dezember 2006: Umzug von Bewohnern aus Jeßnitz in den Ersatzneubau der Pro Civitate in Wolfen mit 87 Plätzen im Wohnheim für Menschen mit geistiger Behinderung und sechs Plätzen im Intensiv Betreuten Wohnen.
- Dezember 2006: Außenwohngruppen von Schloss Hoym um 30 Plätze erweitert.
- Dezember 2006: Erweiterung der WfbM der Lebenshilfe Harzvorland in Hoym um 80 auf 368 Plätze.
- Dezember 2006: Einrichtung eines Ambulant Betreuten Wohnens der Lebenshilfe Harzvorland im Landkreis Aschersleben für 17 Bewohner.
- Januar 2007: Eröffnung der Förderstätte des Wohnheimes Bismark mit 22 Plätzen Tagesförderung für Menschen mit geistiger Behinderung.
- Februar 2007: Ersatzneubau des Wohnheims an WfbM in Dessau mit Erweiterung um drei auf elf Plätze.
- März 2007: Eröffnung einer KJP-Tagesklinik der SALUS im Altmarkklinikum Salzwedel mit 12 Plätzen.
- März 2007: Eröffnung einer Facharzt-Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Bismark, Landkreis Stendal.

Bericht der Besuchskommission 1

Vorsitzender Herr Bernhard Maier, Stellv. Vorsitzende Frau Dr. Waltraud Groscheck

Landkreis Stendal

Das Versorgungsgebiet des Landkreises Stendal umfasst eine Fläche von 2.443 km². Hier leben ca. 135.000 Einwohner; die Kreisstadt ist Stendal. Die Entwicklung zeigt deutlich, dass der Landkreis trotz einer angespannten Haushaltssituation Prioritäten in der medizinischen und sozialpsychiatrischen Versorgung setzt. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist gut aufgestellt, acht Beratungsstellen im Landkreis ermöglichen den Bürgern ein umfassendes Beratungsangebot und relativ kurze Wege. Die Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist keine Psychiaterin, obwohl dies das PsychKG des Landes Sachsen-Anhalt seit 1992 vorschreibt. Hier sollte die Verwaltung des Landkreises weiterhin nach Lösungsmöglichkeiten suchen. Der Landkreis verfügt über eine große Trägervielfalt für soziale Einrichtungen und Dienste: 25 verschiedene Träger beteiligen sich an den unterschiedlichsten Aufgabenstellungen. Traditionell gewachsen, nehmen die Einrichtungen des ehemaligen Landeskrankenhauses (jetzt SALUS gGmbH) in Uchtspringe mit differenzierten Angeboten in Stendal und Gardelegen mit ihrer Vielfalt, fachlichen Differenzierung und ihrer zahlenmäßigen Kapazität in der Region den zentralen Platz in der medizinischen Versorgung und Betreuung ein.

Die stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Einwohner des Landkreises östlich der Elbe wird mit Ausnahme einer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung durch das Fachkrankenhaus Jerichow gesichert. Die vorgehaltene Platzzahl in stationären Behinderteneinrichtungen und Werkstätten für behinderte Menschen ist für den Landkreis ausreichend; Tages- und Begegnungsstätten fehlen noch immer. Die Frage nach deren Finanzierung blieb bis heute von der Politik unseres Landes unbeantwortet.

Im Landkreis gibt es 27 Selbsthilfegruppen, die sich thematisch neben psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen vor allem mit Suchterkrankungen beschäftigen.

Nach wie vor problematisch ist die zahlenmäßige Überbelegung des Maßregelvollzuges in Uchtspringe. Im Mai 2006 wurde die Außenstelle des MRV in Lochow mit einer Kapazität von 80 Plätzen eröffnet. Trotz dieser Erweiterung konnte die Belegung des MRV in Uchtspringe mit 307 Patienten nicht auf die geplante Kapazität von 210 Patienten zurückgefahren werden. Hinzu kommt, dass die zuständige Besuchskommission die Konzeption, in Lochow ausschließlich Patienten ohne Lockerung unterzubringen, kritisch hinterfragt.

Problematisch ist im Landkreis die Arbeit im Bereich der Sucht- und Drogenprävention. Es gibt lediglich eine einzige Suchtberatungsstelle in Stendal mit einer Außenstelle in Osterburg. Die inakzeptable Besetzung mit zwei Sozialarbeitern führt dazu, dass Wartezeiten auf ein Erstgespräch bis zu vier Wochen betragen. Die Beratungsstelle ist durch die Notwendigkeit der Vorfinanzierung ihrer Leistungen über Monate permanent in ihrer Existenz gefährdet. Hier besteht dringender politischer Handlungsbedarf, um notwendige, aber leider freiwillige Leistungen des Landkreises nicht der Haushaltskonsolidierung zum Opfer fallen zu lassen.

Im Landkreis arbeiten vier Nervenärzte in freier Niederlassung. Hinzu kommen fünf Psychologische Psychotherapeuten in freier Niederlassung. Erfreulicherweise konnte sich im Berichtszeitraum eine Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bismark niederlassen.

Landkreis Anhalt-Zerbst

Die Besuchskommission 1 hatte seit 2005 Gelegenheit, Einrichtungen in diesem Landkreis zu besuchen, dessen Territorien ab 1. Juli 2007 den drei neu gebildeten Landkreisen Jerichower Land, Anhalt-Bitterfeld und Wittenberg zugeordnet werden. Bestehende Einrichtungen beeindruckten durch die gute Qualität ihrer Arbeit, der Sozialpsychiatrische Dienst hat die aktuellen Probleme der psychiatrischen Versorgung im Blick. Nach der Neuordnung der Region wird es konkretere Aussagen zur Versorgungssituation geben können. Bisher gibt es im Landkreis lediglich eine Nervenärztin, keine Versorgung im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich und kaum gemeindepsychiatrische Angebote.

Landkreis Jerichower Land

Auf einer Fläche von 1.337 km² leben im Landkreis Jerichower Land ca. 100.000 Einwohner. Die Leitung des Gesundheitsamtes und damit auch des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Landkreises wechselte zum 01.02.2007 und wird nunmehr von einem Facharzt für Chirurgie wahrgenommen. Dies entspricht nicht den Vorgaben des PsychKG des Landes Sachsen-Anhalt. Der Hauptsitz des SpDi befindet sich in Genthin, eine Nebenstelle in Burg. Die Arbeitsfähigkeit der Nebenstelle kann ausschließlich durch das große Engagement der Sozialarbeiterinnen aufrechterhalten werden, da sowohl die Räumlichkeiten als auch die technische Ausrüstung in keinster Weise erforderliche Standards erfüllt. Möglicherweise kann die Verwaltung des Landkreises im Rahmen der Kreisgebietsreform hier dringend notwendige Veränderungen vornehmen.

Wie schon in vorangegangenen Berichten des Ausschusses festgestellt, sind die Platzzahlen, die im stationären Bereich für geistig behinderte Menschen vorgehalten werden, ausreichend. Unbefriedigend bleiben dagegen weiterhin das Angebot im ambulanten Bereich und die Anzahl der Tages- und Begegnungsstätten.

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft entwickelt nur Rest-Aktivitäten in einem Fachausschuss Sucht / geistig Behinderte. Ihre Arbeit, mit der Möglichkeit der Entwicklung innovativer Ideen, sollte unbedingt neu belebt werden.

Im Mai 2006 wurde im Landkreis die Außenstelle des MRV Uchtsprunge in Lochow mit 80 Plätzen eröffnet.

Die stationäre und teilstationäre fachärztliche Versorgung der Bewohner des Landkreises ist durch das Fachkrankenhaus in Jerichow mit seinen Tageskliniken und Institutsambulanzen in Jerichow, Burg und Havelberg gut gesichert. Dagegen gibt es für die klinische kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung keine Angebote. Betroffene müssen in die Klinik und Tagesklinik nach Uchtsprunge, Stendal oder Brandenburg fahren.

Besuche im Einzelnen

Werkstätten und Wohnheim für behinderte Menschen, 1. Hauptwerkstatt Tangerhütte, 2. Hofgut und 3. Wohnheim an der Werkstatt für behinderte Menschen Uchtsprunge Lebenshilfe für Behinderte e. V., Kreisverband Stendal

Besuch am 09. Mai 2006

Bei der Werkstatt in Tangerhütte mit dem angegliederten Hofgut und dem besuchten Wohnheim Uchtsprunge handelt es sich um eine gut ausgestattete Werkstatt. Die differenzierten Werkstattangebote sind den individuellen Interessen und Leistungsfähigkeiten der behinderten Menschen angemessen. Hervorzuheben ist insbesondere die Hofgut-Idee, die den Ansprüchen der Bewohner aus dem ländlichen Einzugsgebiet deutlich entgegenzukommen scheint. Mit viel Energie und innovativem Gedankengut werden Hilfsangebote gestaltet und es existiert ein gutes Zusammenspiel von Werkstatt und Heimmitarbeitern. Imponierend ist die Vielfalt der vorgehaltenen Gestaltungsangebote sowohl hinsichtlich der Werkstatt als auch des Wohnheimes. Das offene und unkomplizierte Miteinander-Umgehen und Bemühen ist von Akzeptanz und gegenseitiger Achtung geprägt. Die Werkstatt fällt als lobenswert auf. Zum Besuchszeitpunkt war die Planung eines WfbM-Neubaus durch einen weiteren im Landkreis ansässigen Träger im Gespräch. Nach Information der Sozialagentur wurde der Planung jedoch nicht zugestimmt. Somit sind trotz rückgängiger Bevölkerungszahlen keine Belegungsprobleme zu befürchten.

Sozialpsychiatrischer Dienst im Gesundheitsamt Stendal Landkreis Stendal

Besuch am 13. Juni 2006

Seine Entwicklung zeigt deutlich, dass der Landkreis trotz seiner beachtlichen flächenmäßigen Ausdehnung und der sehr angespannten finanziellen Situation Prioritäten in diesem Bereich für seine Bürger setzt. Seit Anfang 2005 arbeitet der Sozialpsychiatrische Dienst mit einer neuen Struktur, die sich aus heutiger Sicht bewährt hat. Alle Mitarbeiterinnen, fünf Sozialarbeiterinnen, eine Verwaltungsangestellte und die ärztliche Leiterin arbeiten in Stendal, dem Hauptsitz des Gesundheitsamtes. Damit ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeiterinnen und der ärztlichen Leitung gewährleistet. Um den Bürgern relativ kurze Wege zu einer Beratungsstelle zu ermöglichen, steht im Landkreis ein flächendeckendes Beratungsangebot in acht Beratungsstellen zur Verfügung, die zu festgelegten Beratungssprechstunden von den Sozialarbeiterinnen planmäßig besetzt werden. Die Amtsärztin ist gleichzeitig Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes, jedoch keine Psychiaterin. Die Kreisverwaltung sollte sich weiterhin um eine Besetzung der Stelle entsprechend der gesetzlichen Anforderungen bemühen.

Eine sehr gute Zusammenarbeit besteht mit den Verantwortlichen der Kreisverwaltung, den ambulant tätigen Ärzten, den Tageskliniken, den stationären Einrichtungen und Krankenhäusern sowie den vielen Selbsthilfegruppen im Landkreis.

Im Juli 2006 sollte die PSAG des Landkreises erneut gegründet werden, nachdem ihre Aktivitäten zum Erliegen gekommen waren.

Heilpädagogische Einrichtung „Gutshaus Königsmark“ in Königsmark Diakoniewerk Osterburg e. V.

Besuch am 13. Juni 2006

Die heilpädagogische Einrichtung Königsmark bietet Hilfearten für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit wesentlichen geistigen und geistigen und mehrfachen Behinderungen im Sinne der §§ 53, 54 und 60 SGB XII an. Neben der Stammeinrichtung, dem Gutshaus in Königsmark, gibt es drei Außengruppen und zwar in Königsmark, Rohrbeck und Meseberg. Insgesamt stehen 37 Plätze im stationären Heimbereich und ein ambulanter Platz zur Verfügung. Die Einrichtung ist in das regionale Versorgungssystem eingebunden und voll belegt. Das Haupteinzugsgebiet des stationären Bereiches ist der Landkreis Stendal. Die fachärztliche Versorgung ist gewährleistet. Zum Gutshaus gehören ein großer Park, Stallungen und Gartenflächen zur landwirtschaftlichen Nutzung. Die Heimbewohner verweilen in den meisten Fällen mehrere Jahre in der Einrichtung. Angestrebt wird, dass die Kinder und Jugendlichen in ihre eigene Familie zurückkehren, in einer anderen Familie betreut werden oder selbstständig leben können. Die Bewohner, die in kleinen heterogenen Gruppen zusammenleben, werden durch das Alltagsleben mit vielfältigen ergänzenden Angeboten in ihrer Gesamtentwicklung gefördert. Die Einrichtung und ihre Bewohner sind erfreulich gut in der Gemeinde Königsmark und den Nachbargemeinden integriert.

Sucht- und Drogenberatungsstelle in Stendal
Caritasverband für das Bistum Magdeburg e. V.

Besuch am 05. September 2006

Die Sucht- und Drogenberatungsstelle des Caritasverbandes für das Dekanat Stendal in Stendal ist die einzige Beratungsstelle dieser Art im Flächenlandkreis Stendal mit einem Versorgungsauftrag für 135.000 Einwohner. Parallel zu der hohen Arbeitslosenrate und der damit verbundenen starken Abwanderung von Bürgern aus dem Landkreis wächst die Zahl der suchtgefährdeten bzw. suchtabhängigen Personen. Aktuell werden jährlich ca. 300 Klienten betreut, die mit unterschiedlichster Motivation die Angebote der Beratungsstelle in Anspruch nehmen. Die Fahrstrecken für Klienten nach Stendal sind teilweise sehr lang und umständlich, so dass eine Außenstelle in Osterburg diesen Umstand etwas entschärft.

Problematisch erscheint, dass für die Stadt Tangermünde derzeit kein intensiveres Beratungsangebot gemacht werden kann. Ein derartiges Angebot wäre wichtig, da gerade in dieser Stadt im Landkreis die Zahl der Opiatabhängigen stark zunimmt. Erfahrungen in der Arbeit der Beratungsstelle zeigen, dass der Konsum von Cannabis bereits im Alter von zwölf Jahren beginnt und die Spielsucht als Störungsbild ständig an Bedeutung gewinnt.

Die Sucht- und Drogenberatungsstelle bietet die Möglichkeit der Online-Beratung, die von Klienten immer häufiger angenommen wird. Mit dieser Form der Beratung ist die Beratungsstelle in ein Projekt des Deutschen Caritasverbandes integriert.

Eine sehr gute Kooperation gibt es mit der Diakonie im Landkreis, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, insbesondere mit den beiden Präventionsfachkräften des Gesundheitsamtes und den niedergelassenen Psychotherapeuten.

Ausgesprochen wünschenswert und notwendig wäre eine präventive Arbeit in Schulen und anderen öffentlichen Institutionen. Die Personal-, Zeit- und Finanzressourcen der Beratungsstelle schließen diese Präventionsarbeit jedoch fast vollkommen aus.

Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung Stendal
Verein Bürger für Bürger e.V.

Besuch am 05. September 2006

Der Verein Bürger für Bürger e.V. betreut seit vielen Jahren mit hohem Aufwand psychisch kranke Menschen in der eigenen Wohnung. Für diesen Personenkreis gibt es bislang keine weiteren Angebote ambulanter Betreuung. Die Hilfe wird für 12 Menschen mit einem Betreuungsschlüssel von 1:12 vorgehalten. Dies gelingt nur auf Grund der hohen Flexibilität der Sozialarbeiterin und dem ehrenamtlichen Engagement des Vereins. Fortbildung und Supervision können nicht in angemessener Weise erfolgen, da die Refinanzierung der erbrachten Leistungen zu geringfügig ist. Eine Gewährleistung der ambulanten Betreuung im gesamten Landkreis ist mit dem aktuell gewährten Entgelt ebenso wenig zu finanzieren.

In der Stadt Stendal nehmen derzeit zwölf Bürgerinnen und Bürger die Hilfeform Ambulant Betreutes Wohnen wahr.

Ein Bedarf an ambulanten Hilfen wird sicherlich auch in kleineren Städten und Ortschaften des Landkreises gegeben sein, kommt jedoch auf Grund fehlender Strukturen nicht zum Tragen.

Wohngruppen der Kinder- und Jugendhäuser „Anne Frank“ in Tangermünde Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Östliche Altmark e. V.

Besuch am 10. Oktober 2006

Die Kinder- und Jugendhäuser „Anne Frank“ in Tangermünde sind eine dezentralisierte Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe. In mehreren Häusern leben in integrativen Wohnformen 39 Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 18 Jahren. Der Versorgungsauftrag dieser Einrichtung des DRK bezieht sich vorrangig auf den Landkreis Stendal. In vier Häusern in Tangermünde und ebenso in einem Haus in Tangerhütte werden unterschiedliche vollstationäre Hilfeformen vorgehalten. Ergänzt werden diese Angebote durch die Arbeit in drei Tagesgruppen gemäß § 32 SGB VIII in Tangermünde, Havelberg und Tangerhütte, die Sozialpädagogische Familienhilfe für den Landkreis Stendal und eine intensive Familienhilfe in Form der „Alltagsorientierten Familienbegleitung“. Die viel zu langen Wartezeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die bei häufig auftretenden Störungen der Kinder und Jugendlichen angefragt werden, erschweren oft die Effizienz des Hilfeverfahrens.

Problematisch ist auch die Tendenz beim Kostenträger, nur noch den Grundbedarf der Versorgung und Betreuung der Kinder und Jugendlichen zu finanzieren, alle anderen Leistungen dagegen nur noch über Fachleistungsstunden zu bewilligen. Gerade die Integration geistig behinderter junger Menschen und deren Teilhabe am Leben sind in der Vorbereitung und Realisierung sehr zeit- und personalintensiv und sollten auch finanziell gefördert werden.

Die Kinder- und Jugendhäuser arbeiten stark bedarfsorientiert; das breite Spektrum des Angebotes und die Flexibilität bei der Bearbeitung sehr individueller Problemlagen der jungen Bewohner machen die Häuser zu einem gut nachgefragten Partner der Kinder- und Jugendhilfe im Landkreis Stendal.

Suchthilfezentrum „Haus Wulkau“ in Wulkau Therapiegemeinschaft Westhavelland e. V.

Besuch am 06. November 2006

Das Suchthilfezentrum „Haus Wulkau“ versucht, kontinuierlich weitere Hilfen für suchtkranke Menschen in der Region zu entwickeln. Kern der Hilfen sind das Wohnheim mit 32 Plätzen und das Intensiv Betreute Wohnen, das auf acht Wohnungen mit 13 Plätzen verteilt wurde. Tagesstrukturierende Angebote finden die Bewohnerinnen und Bewohner des Wohnheimes in der Werkstatt, der Küche, den Außenanlagen und der Ergotherapie. Die Bewohnerinnen und Bewohner des Intensiv Betreuten Wohnens nutzen eine Holzwerkstatt im Zentrum des Ortes Wulkau. Mit den 63 stationären und vier ambulanten Plätzen in den Orten Wulkau, Warnau und Havelberg (ABW) kann die Einrichtung mit einer ausdifferenzierten Gesamtkonzeption und individuellen räumlichen Bedingungen dem Bedarf suchtkranker Menschen in der nordöstlichen Altmark gut gerecht werden.

Strukturell kämpft die Einrichtung derzeit mit den die Suchtkrankenhilfe prägenden Problemen. Die Deckelung der Pflegesätze und der nicht verabschiedete Rahmenvertrag greifen die finanzielle Basis der Einrichtung zunehmend an. Dauerhaft gefährdet dies auch die Qualität der Arbeit, da für Qualifizierung immer weniger Mittel vorhanden sind. Die vorgegebenen Personalschlüssel decken den Hilfebedarf der Bewohner vor allem im Ambulant Betreuten Wohnen nicht. Die Einrichtung ist trotz dieser Probleme und des ständig steigenden bürokratischen Aufwands sichtbar bemüht, den seelisch behinderten Bewohnern in Folge Sucht mit viel Engagement gerecht zu werden.

Das vom Träger des Suchthilfezentrums geplante Projekt eines Wohn- und Pflegeheimes für alt gewordene oder pflegebedürftige suchtkranke Menschen kann die angebotenen Hilfen maßgeblich ergänzen, da suchtkranke Menschen in Alten- und Pflegeheimen in der Regel keine ihrer Erkrankung angemessene Betreuung finden. Diese Planung wird von der Besuchskommission unterstützt.

**Therapeutisches Kinder- u. Wohnheim „Julianenhof“ Havelberg / OT Müggenbusch
DRK Kreisverband Östliche Altmark e.V.**

Besuch am 06. November 2006

Der „Julianenhof“ liegt ca. 3 km vom Stadtzentrum Havelberg entfernt, am Rande eines ausgedehnten Waldgebietes zur Breddiner Schweiz im Landkreis Stendal. Seit 1991 ist der „Julianenhof“ ein anerkanntes Wohnheim für 50 überwiegend schwerst mehrfach behinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene.

Auf dem Grundstück befinden sich drei Wohngebäude, ein Turmgebäude mit Snoezelen-Bereich, ein Verwaltungstrakt, ein Küchen- und Wäschereitrakt sowie diverses Nebengelass. Auf dem weiträumigen Außengelände befinden sich großzügige Spiel- und Gartenflächen, Liegewiesen, ein behindertengerechtes Badebecken, eine kleine Goldfisch-Teichanlage sowie ein zentral gelegener Innenhof. Durch ein großes Waldstück wurden behindertengerechte Wanderwege angelegt.

Im „Wichelhaus“ leben sechs Kinder im Alter zwischen sechs und 16 Jahren in einer Wohngruppe. Im „Christianenhaus“ leben 23 Bewohner in drei Wohngruppen auf drei separaten Wohntagen und im „Julianenhaus“ derzeit 21 junge erwachsene Heimbewohner in zwei Wohnbereichen zusammen.

Die räumliche Ausstattung ist in allen Bereichen von den Kommissionsmitgliedern als außerordentlich gut eingeschätzt worden. Die räumlichen Gegebenheiten und die therapeutischen Angebote sind vielfältig, wenn auch für einzelne Heimbewohner auf Grund ihrer besonders schweren Behinderungen die Gestaltung ihres Tagesablaufes im Hinblick auf Beschäftigung und Förderung nur eingeschränkt möglich ist.

Die personelle Besetzung der Häuser ist fachlich ausgewogen und ausreichend. Hier arbeiten Erzieher, Heilerziehungspfleger, Krankenschwestern und Kinderpfleger, zwei Ergotherapeuten, eine Physiotherapeutin sowie Hilfskräfte, Zivildienstleistende und Praktikanten. Alle Mitarbeiterinnen wurden als überaus engagiert erlebt.

Heimverbund in Jerichow

AWO Krankenhausbetriebsgesellschaft Sachsen-Anhalt gGmbH

Besuch am 05. Februar 2007

Der AWO-Heimverbund befindet sich auf einem Gelände mit dem Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und Psychotherapeutische Medizin (gleicher Träger) in Jerichow. Der Heimverbund hat seinen primären Versorgungsauftrag für den Landkreis Jerichower Land.

Der Heimverbund bietet auf 60 Plätzen Betreuung und Eingliederungshilfe für Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung gemäß Leistungstyp 2 a des Entwurfes des Rahmenvertrages für das Land Sachsen-Anhalt an. Zwölf Plätze werden als geschlossener Bereich zur zeitlich befristeten Unterbringung von Bewohnerinnen und Bewohnern gemäß § 1906 BGB vorgehalten.

Der Heimverbund ist eng vernetzt mit den fachlichen Angeboten des Krankenhauses und kooperiert mit öffentlichen Institutionen des Landkreises. Die Personalausstattung entspricht den gesetzlichen Anforderungen, die Qualitätssicherung erfolgt nach ISO 9001:2000. Nach der in den letzten Jahren erfolgten Konsolidierung der Struktur des Verbundes sollte Wert darauf gelegt werden, teilstationäre und ambulante Hilfeformen zu entwickeln. Für den Bereich der tagesstrukturierenden Maßnahmen rät die Besuchscommission, das Zwei-Milieu-Prinzip durch ein örtliches und personelles Trennen von Wohnen und Förderung/Beschäftigung umzusetzen.

Für Menschen mit seelischen Behinderungen sollen nach der jetzigen Planung voraussichtlich ab Ende 2008 weitere 20 Plätze vorgehalten werden.

Maßregelvollzugklinik Uchtspringe, Außenstelle Lochow
SALUS gGmbH Betreibergesellschaft für sozialorientierte Einrichtungen des Landes Sachsen-Anhalt

Besuch am 04. Dezember 2006

Die Außenstelle Lochow des Landeskrankenhauses für Forensische Psychiatrie Uchtspringe ist eine modern ausgestattete Therapieeinrichtung für Patienten, die nach § 63 StGB untergebracht sind. Die Klinik, die erst im Mai 2006 eröffnet wurde, verfügt über 80 Behandlungsplätze für psychisch kranke Straftäter, die u.a. auf Grund verminderter Introspektionsfähigkeit während der bisherigen Unterbringung in Uchtspringe nach psychotherapeutischem Maßstab einen nur unzureichenden Therapieerfolg erreichen konnten und demzufolge über keine Lockerung verfügen.

Das Therapiekonzept in Lochow misst der Förderung lebenspraktischer Fähigkeiten mit dem Ziel der Selbstversorgung einen mindestens ebenso hohen Stellenwert bei, wie der Weiterführung der konventionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Die Förderung der lebenspraktischen Fähigkeiten soll vorrangig durch ein Gartenprojekt mit Freilandanbau und klimatisiertem Gewächshaus und Tierhaltung angestrebt werden. Ergänzt wird dieser Arbeitsbereich durch eine groß angelegte Wäscherei, den Küchenbetrieb sowie den hauseigenen Kiosk, in denen ausgewählte Patienten arbeiten können.

Die konzeptionellen Überlegungen befinden sich erst im Ansatz und stellen nur sehr begrenzt die eigentlichen Probleme der Außenstelle des Maßregelvollzuges dar. Die Mehrzahl der Patienten weiß nicht, wann und unter welchen Bedingungen ihnen eine Rückkehr nach Uchtspringe möglich wird. Aus diesem Grund sind Patienten zur Mitarbeit wenig motiviert. Beklagt wurden von Patienten fehlende Therapiegespräche und emotionale Willkür von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind sehr jung, häufig Berufsanfänger, und damit aus unserer Sicht teilweise überfordert, sofort als effizient arbeitendes Team helfend und mit der erforderlichen Konsequenz gegenüber den Patienten aufzutreten. Therapieerfolge bleiben unter diesen Rahmenbedingungen aus unserer Sicht fraglich. Sie wären jedoch für die Patienten notwendig, um von Lochow nach Uchtspringe zurückkehren zu können. Die Zahl der Ärzte entsprach zum Zeitpunkt unseres Besuches noch nicht der PsychPV (inzwischen ist der leitende Arzt nicht mehr in Lochow tätig), so dass u.a. gravierende Probleme bei der Absicherung des Bereitschaftsdienstes auftraten.

Wiederholt machte die Besuchskommission Anmerkungen zur notwendigen Überarbeitung des Konzeptes der Außenstelle, dessen theoretisch dargestellten Rahmenbedingungen nicht spürbar positiv die tatsächliche Situation der Patienten beeinflussen und ihnen keine echten Perspektiven aufzeigen. Da der Besuch den Kommissionsmitgliedern nur ein erstes „Blitzlicht“ auf die neue Einrichtung ermöglichen konnte, wird es im nächsten Berichtszeitraum erneut einen Besuch geben, um die konkrete Umsetzung der Konzeption im Interesse der Patienten kritisch zu begleiten.

Ambulant Betreutes Wohnen (ABW) für Suchtkranke, Möckern
DRK Kreisverband Jerichower Land e. V.

Besuch am 04. Dezember 2006

Mit der Einrichtung „Ambulant Betreutes Wohnen“ in Möckern und Burg besteht im Landkreis Jerichower Land seit zehn Jahren das Angebot für Abhängigkeitskranke, in einem positiven Wohnumfeld zu leben, das neben der Betreuung im Wohnrahmen ein umfangreiches tagesstrukturierendes Angebot bereit hält, das einem anspruchsvollen therapeutischen Konzept folgt. Die Zusammenarbeit im Verbundnetz „Suchtkrankenhilfe“ und in der PSAG des Landkreises ist als vorbildlich zu bezeichnen. Das Angebot der Einrichtung wird vom Landkreis als für die Region unverzichtbar eingeschätzt. Dem Engagement des Trägers und der Mitarbeiter der Einrichtung ist es zuzuschreiben, dass bis jetzt der Betrieb trotz deutlich verschlechterter rechtlicher Bedingungen und veränderter Bewilligungsmodalitäten noch aufrechterhalten werden und eine hohe Erfolgsquote von nahe 80 % aufweisen kann.

Sozialpsychiatrischer Dienst Jerichower Land, Standort Burg
Landkreis Jerichower Land
Besuch am 05. Februar 2007

Entsprechend dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG LSA) leistet der Sozialpsychiatrische Dienst des Jerichower Landes im Bereich vorsorgender, begleitender und nachsorgender Hilfen sowie Kriseninterventionen am Hauptsitz Genthin und in der Nebenstelle Burg für ca. 100.000 Einwohner mit drei Diplom-Sozialarbeiterinnen unter Leitung des Amtsarztes eine engagierte und motivierte Arbeit. Die Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiterinnen am Standort in Burg schätzt die Besuchscommission aufgrund der schlechten Erreichbarkeit, der veralteten räumlichen Struktur, der Lärmbelästigung durch die Berufsschule im Gebäudekomplex und die eingeschränkte Sicherheit für die Mitarbeiter durch die örtliche Isolation als äußerst problematisch ein. Noch fehlende Arbeitsmittel wie Personalcomputer und für den Notfall bereitstehende Dienstfahrzeuge sollten in Kürze angeschafft werden, um die Effektivität der Arbeit zu unterstützen und die hervorragende Motivation der Mitarbeiter nicht zu gefährden. Eine ärztliche Leitung durch einen Arzt mit langjähriger Psychiatrieerfahrung und die Einstellung eines Psychologen sehen wir ebenfalls als empfehlenswert an. Der Fachaufsicht im Landesverwaltungsamt waren die Probleme bekannt, sie sieht jedoch die Zuständigkeit im Landkreis. Der Landrat selbst hat bisher hierzu keine Stellung genommen.

Wohnheime für Menschen mit geistiger Behinderung
Diakoniewerk Wilhelmshof e. V.
Besuch am 05. März 2007

Das Wohnheim für Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung im Diakoniewerk Wilhelmshof ist eine Einrichtung, deren Besonderheit in einer engen Kooperation und vertrauensvollen Zusammenarbeit in gegenseitiger Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung, Mitgliedern der therapeutischen Gemeinschaft Kurhaus Wilhelmshof und den MitarbeiterInnen der Einrichtung sowie ihren dazugehörigen Familien besteht. Das Wohnheim hat eine überschaubare Größe mit 60 BewohnerInnen, die in fünf Wohngemeinschaften leben und in modernen behindertengerechten und sehr individuell ausgestatteten 1- und 2-Bett-Zimmern untergebracht sind. Das Konzept des Wilhelmshofes ist geprägt durch gegenseitige Förderung, Anerkennung und wohlwollende Wertschätzung. Hervorzuheben ist die Vielfalt der Förderungs- und Betreuungsmöglichkeiten. Dieser Eindruck wird noch verstärkt durch die Selbstversorgung über den Gutsbetrieb und die enge Kooperation mit ehemaligen Suchtkranken. Es handelt sich um eine offene, auch Gästen sehr zugewandte Einrichtung mit engagierten MitarbeiterInnen, die außerordentlich gut geführt wird und in der Region sehr anerkannt ist.

**Wohnheim für Menschen mit seelischer Behinderung infolge Sucht
Diakoniewerk Wilhelmshof e. V.**

Besuch am 05. März 2007

Das Diakoniewohnheim für suchtkranke Menschen im Wilhelmshof Uchtspringe ist eine traditionsreiche Therapie- und Betreuungseinrichtung, die bei christlicher Orientierung dem sozialtherapeutischen Konzept der „therapeutischen Gemeinschaft“ folgt. Das gut ausgebildete Betreuerteam bietet in der früheren Sucht-Rehabilitationsklinik auf 24 Plätzen Betreuung und Eingliederungshilfen an. Die Aufnahme in das Heim setzt eine Entgiftung und den Abstinenzwillen voraus, darüber hinaus gibt es keine Alters- oder Verweildauerbeschränkungen. Es werden hilfeschende Menschen vorwiegend aus Sachsen-Anhalt, aber auch länderübergreifend aufgenommen. Einen breiten Raum im Gesamtkonzept nehmen vielfältige arbeitstherapeutische Möglichkeiten ein. Sie werden ergänzt durch ein ganzjähriges Freizeit- und Urlaubskonzept, das auf die Bewohner und ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnitten ist. Das landschaftlich reizvolle und walddreiche Umfeld bietet sowohl für die therapeutische Arbeit als auch für die Freizeitgestaltung einen günstigen Rahmen. Die Einrichtung ist umfassend mit verschiedenen Krankenhäusern, Beratungsstellen, ähnlichen Suchthilfeeinrichtungen und Selbsthilfegruppen „vernetzt“. Die ambulante psychiatrische Versorgung ist derzeit noch gesichert. Da der behandelnde Arzt jedoch in absehbarer Zeit in den Ruhestand geht, ist nach neuen Möglichkeiten zu suchen. Eine Chance sieht die Einrichtung in einer erweiterten Institutsambulanz des Fachklinikums Uchtspringe in Stendal.

**Seniorenpflegeheim „Jenny Marx“, Objekt Blumenthalstraße, Stendal
Privater Träger: H&R Senioren Heimbetriebsgesellschaft mbH & Co KG (Dr. Hamma)**

Besuch am 26. März 2007

Vorgeschichte zum geplanten Besuch am 10.10.2006

Vor Ort wurde der Kommission der Zutritt zum Altenpflegeheim verwehrt. Der Träger war der Auffassung, dass seine Einrichtung nicht in die Kompetenz des Ausschusses falle, da im Haus keine psychisch erkrankten Menschen wohnen würden. Zwar lebten hier sehr viele Bewohner mit Demenz, aber das sei nicht den psychischen Erkrankungen zuzuordnen. Allen rechtlichen und Fachargumenten gegenüber war der Träger unzugänglich, so dass die Kommission den Besuch abbrechen musste.

Der Ausschussvorstand informierte das Landesverwaltungsamt über das Vorkommnis. Daraufhin wurde der Träger von der Heimaufsicht auf dem Wege einer „Mängelberatung“ ausführlich über die Rechtslage informiert und (unter Androhung eines Zwangsgeldes) aufgefordert, dem Ausschuss den Zutritt in seine Altenpflegeeinrichtungen zu gewähren. Mit dem Träger wurde daraufhin als neuer Besuchstermin der 26. März 2007 vereinbart.

Das Seniorenheim „Jenny Marx“ hält mit 210 Betten eine große Platzzahl für Menschen vor, die sich im Alter nicht mehr selbst versorgen können und Pflege benötigen. Die engagierte Leitung des Hauses bemüht sich, den Bedürfnissen der alten Menschen gerecht zu werden. Senioren mit Demenzerkrankungen oder anderen psychiatrischen Krankheitsbildern finden jedoch derzeit keine optimale Versorgung und Betreuung in der Einrichtung. Der vom Träger gewollte „Hotelcharakter“ bietet den über 90 dementen, verwirrten und vergesslichen Menschen kaum Orientierungsmöglichkeiten im Haus. Es fehlen außerdem personelle Ressourcen, um diese Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung ausreichend zu betreuen. So wird aus Sicht der Besuchskommission auch die Teilhabe der alten Menschen am gesellschaftlichen Leben, die keine sich um sie sorgenden Angehörigen haben, nicht sichergestellt. Die als nicht zureichend einzuschätzende Versorgung im gerontopsychiatrischen Bereich wird dadurch in dieser Einrichtung zusätzlich verschärft.

Bericht der Besuchskommission 2

Vorsitzender Herr Dr. Bernd Hahndorf, Stellv. Vorsitzende Frau Birgit Garlipp

Landeshauptstadt Magdeburg

Die psychiatrische Versorgung der Landeshauptstadt ist umfangreich und gut differenziert. Im letzten Jahr wurden insbesondere die räumlichen Bedingungen für die Arbeit der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik entscheidend verbessert. Die provisorische Containerunterbringung der Psychosomatischen Abteilung konnte beendet werden.

Besonders hervorzuheben ist die Besetzung der kinderpsychiatrischen Chefarztstelle im Städtischen Klinikum Olvenstedt, die zur Einstellung weiterer Mitarbeiter und zum Aufbau eines qualifizierten und arbeitsfähigen Teams geführt hat, sodass diese Lücke in der Versorgung geschlossen werden konnte. Nicht geklärt ist nach Kenntnis des Ausschusses nach wie vor die universitäre Anbindung der Klinik. Inzwischen wurde von der Universität eine neue Stellenausschreibung veröffentlicht; wieder einmal bleibt das Ergebnis des laufenden Berufungsverfahrens abzuwarten.

Altmarkkreis Salzwedel

Die Trägerlandschaft ist weit gefächert und vielfältig. Das im letzten Berichtsjahr begonnene Ambulant Betreute Wohnen mit 24 Plätzen und die tagesstrukturierenden ambulanten Gruppenmaßnahmen für Menschen mit seelischer Behinderung mit 12 Plätzen arbeiten inzwischen bedarfsorientiert in guter Qualität. Nach wie vor fehlt ein derartiges Angebot im Süden des dünn besiedelten Flächenkreises. Auch die fachärztliche Versorgung ist durch die gleiche Asymmetrie in Frage gestellt. Im Raum Gardelegen fehlt ein niedergelassener Psychiater, obwohl die Kassenarztsitze im Landkreis insgesamt besetzt sind. Das Defizit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung wird durch die inzwischen etablierte Tagesklinik der SALUS gGmbH in Salzwedel mit angeschlossener Institutsambulanz reduziert. In Planung ist außerdem ein medizinisches Versorgungszentrum, das ebenfalls kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung vorhalten soll.

Ohrekreis

Die aktive Rolle der PSAG, das Interesse der Vertreter der kommunalen Gebietskörperschaften an der Psychiatrieplanung und die gute Vernetzung aller Angebote sind erneut lobend zu erwähnen. Kritisch ist die ambulante psychiatrische Versorgung durch krankheitsbedingtes Schließen der einen sowie bevorstehendes altersbedingtes Schließen der anderen Praxis, für die Nachfolger bisher nach Kenntnis der Besuchskommission nicht gefunden wurden. Allerdings hat das Fachkrankenhaus Haldensleben Interesse bekundet, eine der Praxen in eigener Regie zu betreiben, sodass dies und die weitere Profilierung der psychiatrischen Institutsambulanz die wohl dennoch nicht zu vermeidenden Versorgungslücken nicht allzu groß lassen werden dürfte. Deutlich verbessert hat sich die Qualität des Betreuungsangebots der Einrichtung in Groß Ammensleben. Das geplante Ambulant Betreute Wohnen in Haldensleben als Außenstelle des Übergangwohnheims Kehnert (Landkreis Stendal) nährt auch die Hoffnung auf eine Verbesserung der Suchtkrankenversorgung, die bisher nur durch eine professionell arbeitende Suchtberatungsstelle (DPWV) und die Suchtabteilung des AMEOS-Klinikums repräsentiert wird.

Bördekreis

An der defizitären Versorgungssituation hat sich seit dem letzten Bericht bis auf die erfreuliche Etablierung der Tagesstätte für seelisch Behinderte nach Kenntnis der Besuchskommission in Oschersleben nichts Wesentliches geändert. Obwohl der Sozialpsychiatrische Dienst trotz personeller Unterbesetzung und fehlender fachärztlicher Leitung seine Aufgaben entsprechend dem PsychKG LSA erfüllt, fehlen dennoch offensichtlich Impulse für die weitere Entwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen, was sich auch im Fehlen einer aktiven psychosozialen Arbeitsgemeinschaft darstellt. Betreuungsmöglichkeiten für Suchtkranke fehlen völlig. Die in Planung befindliche Tagesklinik des AMEOS Fachkrankenhauses Haldensleben konnte bisher nicht realisiert werden. Auch die ambulante psychiatrische Versorgung mit einer niedergelassenen Ärztin reicht bei Weitem nicht aus. Neue Impulse für die Weiterentwicklung erhofft sich der Ausschuss von den Auswirkungen der Gebietsreform. Vielleicht ergeben sich dadurch auch neue Gesichtspunkte hinsichtlich der nach wie vor nicht aufgegebenen Weiterführung des weder konzeptuell noch von den räumlichen Bedingungen her akzeptablen Heimes in Hornhausen, dessen Schließung im letzten Bericht bereits angeregt wurde.

Besuche im Einzelnen:

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Besuch am 10.05.2006

Mit dem Bezug des kompletten Hauses 4 für Psychiatrie sind gute Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter und Behandlungsmöglichkeiten für die Patienten geschaffen worden. Die Sanierung der Etage für die Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie war zum Zeitpunkt des Besuches noch nicht abgeschlossen. Inzwischen ist der Umzug jedoch erfolgt, was ebenfalls zu guten räumlichen Bedingungen für die betroffenen Patienten und Mitarbeiter geführt hat. Zusätzlich zu ihren Aufgaben in Lehre und Forschung arbeitet die Klinik im Bereich der psychiatrischen Krankenversorgung am Bedarf orientiert und nimmt ihrem universitären Status entsprechend auch überregionale Aufgaben wahr, insbesondere auch im Bereich der Psychosomatik, die im Rahmen einer fachlich selbständigen Abteilung mit eigenem Lehrauftrag etabliert ist. Die Verkehrsanbindung ist gut, die Klinikgröße hinsichtlich der Möglichkeiten zur Binnendifferenzierung ausreichend. Besonderer Bedarf besteht im Bereich der tagesklinischen Angebote. Die personelle Ausstattung entspricht den Forderungen der PsychPV.

Salo & Partner Berufliche Bildung GmbH - Bildungsmaßnahme für Menschen mit psychischen Handicaps in Magdeburg

Besuch am 10.05.2006

Die Eingliederung psychisch kranker Menschen in die berufliche Rehabilitation ist in Magdeburg ein unterrepräsentiertes Arbeitsgebiet. Das Leistungsangebot der Firma Salo & Partner ist ein wertvolles Angebot in dem sozialpsychiatrischen Netzwerk der Stadt. Es erfolgt eine Kooperation mit diversen Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe sowie Ärzten/Psychiatern. Die Vermittlung in die Angebote des Trägers erfolgt durch die Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften und die Arbeitsagentur.

Werkstatt für Menschen mit Behinderungen in Salzwedel
Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands e. V.

Besuch am 07.06.2006

Die Werkstätten des CJD Salzwedel für behinderte Menschen bieten in Arbeits-, Berufsbildungs- und Förderbereichen zurzeit rund 200 Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen Arbeit, Ausbildung und Betreuung an. Die Arbeit in den Einrichtungen zeugt von Fachlichkeit und Kompetenz. Die entspannte Atmosphäre wirkt sich positiv auf den Rehabilitationsprozess der Betreuten aus. Die Mitarbeiter in den WfbM verrichten entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit einfache bis anspruchsvollere Arbeiten in verschiedenen Arbeitsfeldern. Erwähnenswert sind die umfassenden Weiterbildungsangebote für die Angestellten und die vielfältigen Möglichkeiten der gemeinsamen Freizeitgestaltung der behinderten Mitarbeiter. Der Träger bietet darüber hinaus ein von ambulant bis stationär gestuftes betreutes Wohnen an WfbM für ca. 75 behinderte Mitarbeiter an.

Zentrum für Soziale Psychiatrie Salzwedel, Psychiatrisches Pflegeheim in Salzwedel
Psychiatrische Pflegeheime Dr. Nowack GmbH

Besuch am 06.09.2006

Das Zentrum für Soziale Psychiatrie in Salzwedel ist eine anerkannte Einrichtung und gut im regionalen Versorgungsnetzwerk eingebunden. Es ist eine professionell geführte Einrichtung mit einem modernen sozialpsychiatrischen Profil. Das Konzept und dessen Umsetzung zeichnen sich durch hohe Fachlichkeit, einer empathischen Grundhaltung und Flexibilität aus. Durch die Vielfältigkeit der Angebote wird in einem hohen Maße die Individualität der Bewohner gefördert. Das ZSP Salzwedel versucht, die jeweils optimalen Betreuungslösungen für seine Bewohner anzustreben, wobei es u. a. die Möglichkeiten des Werkstattbesuches oder der Tagesförderung im Haus gibt.

Die Personalzusammensetzung, die Qualifikationen der MitarbeiterInnen und die Weiterbildungs- und Supervisionsmöglichkeiten sind gut und entsprechen den Standards.

Die Einrichtung pflegt Kooperationen zu anderen Einrichtungen und Diensten und ist aktives Mitglied in der PSAG.

Die Situation der ungeklärten rahmenvertraglichen Regelungen in Sachsen-Anhalt im Bereich des SGB XII und der nicht ausreichende Personalschlüssel für die Betreuung der Menschen mit seelischen Behinderungen beeinträchtigen die Arbeit des Trägers nachvollziehbar.

Ambulante Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung in Salzwedel
Horizont GbR des Zentrums für Soziale Psychiatrie Dr. Nowack

Besuch am 06.09.2006

Die Einrichtung stellt mit ihrem Leistungsangebot Ambulant Betreutes Wohnen mit Gruppenmaßnahmen eine sinnvolle Ergänzung der vorhandenen Versorgungsstrukturen für die Menschen mit seelischen Behinderungen dar. Hier wird durch ein individuell angepasstes Hilfsangebot den zu betreuenden Menschen eine Weiterentwicklung und Verselbstständigung ermöglicht.

Die Besuchskommission erhielt einen positiven Eindruck von einer professionell geführten Einrichtung mit einer modernen sozialpsychiatrischen Ausrichtung.

Die Qualifikation der MitarbeiterInnen ist gut und entspricht den Standards. Der Umgang miteinander ist geprägt von hoher Fachlichkeit und gegenseitigem Respekt. Hervorzuheben sind die guten Kooperations- und Vernetzungsstrukturen u. a. im Rahmen der PSAG, mit dem Gesundheitsamt, den niedergelassenen Ärzten und weiteren Einrichtungen der sozialpsychiatrischen Versorgung im Altmarkkreis. Im Rahmen des Modellprojektes für die

ambulanten Gruppenmaßnahmen besteht eine Kooperation mit der Technischen Universität Braunschweig, Fachbereich Psychologie zur Evaluation der Maßnahme.

Zusammenfassend kann eingeschätzt werden, dass – wie von der PSAG des Landkreises schon lange eingefordert – durch das Leistungsangebot der Einrichtung eine lange bestehende Versorgungslücke in der Region geschlossen werden konnte. Es sollte angestrebt werden, das Projekt über die Modellphase heraus weiterzuführen und eine Kapazitätserhöhung im ambulanten Gruppenangebot zu erreichen.

Tagesstätte „Plan B“ für Menschen mit seelischen Behinderungen in Oschersleben DRK Kreisverband Oschersleben e. V.

Besuch am 18.10.2006

Die Tagesstätte mit derzeit 15 Plätzen für seelisch behinderte Menschen ist die einzige im Bördekreis, sie ist voll ausgelastet und ergänzt den sozialpsychiatrischen Betreuungsverbund. Die Platzkapazität sollte auf 20 Plätze erweitert werden, da ein großer Bedarf besteht. Mit großem Engagement erarbeiten die Mitarbeiter individuelle Förderpläne und setzen die variablen Hilfeangebote mit den Besuchern um, so gibt es Fünf- oder Dreitageverträge, Ganz- oder Halbtagsförderung, auch Hausbesuche werden bei Bedarf angeboten.

Die Räumlichkeiten der Tagesstätte werden von der Besuchskommission als zu klein eingeschätzt. Von der Leitung wurde auf langwierige Antragsverfahren, die Verweisung von Betroffenen auf Rentenanträge und fehlende Kooperationsverträge mit den Arbeitsgemeinschaften nach dem SGB II aufmerksam gemacht. Auch der sozialpsychiatrische Betreuungsverbund der Region sei noch ausbaufähig.

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Bördekreis in Oschersleben Landkreis Bördekreis

Besuch am 18.10.2006

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Bördekreises (SpDi) erfüllt bei personeller Unterbesetzung und fehlendem Facharzt mit großer Anstrengung und persönlichem Engagement der Mitarbeiter seine Aufgaben entsprechend dem PsychKG LSA. Eine Personalerweiterung wird deshalb von der Kommission erneut empfohlen.

Die Versorgungs- und Betreuungsangebote im Landkreis sind insgesamt unzureichend. Stationäre Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen gibt es bisher nur in angrenzenden Landkreisen. Auch im ambulanten Bereich ist die Versorgung bei nur einer niedergelassenen Fachärztin defizitär. Die geplante Tagesklinik kann die ambulante Versorgung nur ergänzen, aber nicht ersetzen. Auch im komplementären Bereich gibt es außer der neu eröffneten Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen keine wesentlichen Fortschritte. Besonders für Suchtkranke fehlen Versorgungsstrukturen. Ein Beratungsangebot außerhalb von Oschersleben wird einzig durch Mitarbeiter des SpDi gesichert. Dass derzeit keine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) als Steuerungs- und Planungsgremium existiert, begrenzt die Koordinierungsmöglichkeiten des SpDi und wirkt sich hemmend auf die Entwicklung der Versorgungslandschaft aus.

Von der Zusammenlegung der Kreise erhoffen sich sowohl der SpDi als auch die Besuchskommission neue Impulse für die weitere Arbeit.

Werkstatt und Wohnheime für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen in Oschersleben
Evangelische Stiftung „Matthias-Claudius-Haus“
Besuch am 08.11.2006

Der Besuchskommission vermittelte sich der Eindruck, dass in der Zweigwerkstatt „Am Pfefferbach“ eine qualifizierte Arbeit geleistet wird. In der Zweigwerkstatt arbeiten Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen gemeinsam in unterschiedlichen Arbeitsbereichen. Es gibt differenzierte Angebote zur Weiterbildung der Mitarbeiter, um den unterschiedlichen Erfordernissen begegnen zu können.

Zur Aufrechterhaltung einer adäquaten Auftragslage sind seitens des Trägers Anstrengungen unternommen worden, um in den Bereichen Arbeitsmaterialien und Lagerkapazitäten zeitgemäße Voraussetzungen zu schaffen. Ein Abgleich mit bestehenden Werkstattverordnungen und Raumprogrammen scheint geboten.

Beklagt werden auch hier die unsicheren Planungsgrundlagen durch den fehlenden Rahmenvertrag in Sachsen-Anhalt, beispielsweise für Entwicklung von passenden Angeboten für alt werdende Menschen mit Behinderungen.

In den Wohnbereichen hat sich ansonsten ein gut gegliedertes Angebot für Menschen mit geistigen Behinderungen entwickelt.

Sozialtherapeutisches Zentrum „Haus am Westring“, Wohnheim für Menschen mit seelischen Behinderungen infolge Sucht in Magdeburg
Volkssolidarität Verwaltungs-gGmbH Sachsen-Anhalt
Besuch am 06. Dezember 2006

Das Sozialtherapeutische Zentrum bietet 65 Wohn- und Betreuungsplätze für Menschen mit seelischer Behinderung infolge Sucht an. Das Gebäude befindet sich an einer Hauptverkehrsstraße etwas außerhalb der Innenstadt Magdeburgs. Die Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel ist sehr gut, gegenüber der Einrichtung befindet sich ein Einkaufszentrum.

Die Einrichtung verfügt über eine weiträumige Außenanlage mit Nebengelass und Volleyballfeld. Der sanierte Altbau und der neue Anbau sind miteinander verbunden und großzügig und hell gestaltet. Auf dem Nachbargrundstück wurde Wohnraum für Trainingswohneinheiten angemietet. Auf zwei Etagen der Einrichtung wurde seit dem letzten Besuch ein Pflegebereich für 20 Bewohner eingerichtet. Der Rundgang durch die Häuser hinterließ bei den Mitgliedern der BK einen guten Eindruck. Die Therapieangebote finden ohne lange Wege in der unmittelbaren Nähe der Wohnbereiche statt. Die Bewohner des Trainingswohnens nehmen an den Therapien des Haupthauses teil und sind in die vorhandenen Gruppen integriert.

Die bereits durchgeführten konzeptionellen Veränderungen (Pflegeheimplätze) und die geplanten Veränderungen (Ambulant betreute Wohnform) werden als sinnvolle Ergänzung des Angebotes für suchtkranke Menschen gesehen.

Die Kommission empfiehlt darüber hinaus eine engere Kooperation mit den anderen Suchtkrankenhilfeeinrichtungen der Stadt Magdeburg.

Werkstatt für Menschen mit Behinderungen, Magdeburg
Lebenshilfe gGmbH, Magdeburg
Besuch am 04.02.2007

Die Besuchskommission konnte sich von der sehr engagierten und qualifizierten Arbeit in der Einrichtung überzeugen. Durch den erheblichen zahlenmäßigen Aufwuchs in den letzten Jahren hat sich eine Überbelegungssituation entwickelt, die bemerkbar ist, aber dennoch die in jeder Beziehung freundliche Atmosphäre nicht allzu sehr beeinträchtigt. Im Berufsbildungsbereich wurde ein Konzept für berufliche Bildung einschließlich einer Helferausbildung entwickelt, inzwischen bestehen auch 23 Plätze für Menschen mit seelischer Behinderung. Die Kooperation mit den verschiedensten Partnern funktioniert zufrieden stellend. Dies gilt auch für die ärztliche Versorgung. Ein Problem stellt immer noch die unzureichende Integrationsmöglichkeit von behinderten Mitarbeitern in den ersten Arbeitsmarkt über die Arbeitsagentur dar.

Wohnheime für Menschen mit geistiger Behinderung in Magdeburg
Pfeifferschen Stiftungen zu Magdeburg-Cracau
Besuch am 14.02.2007

Die Pfeifferschen Stiftungen bieten neben einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen, Wohnheimen an der Werkstatt und Betreutem Wohnen auch Wohnheimbereiche für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen.

Das „Johannesstift“ mit 50 Plätzen ist ein vollständig saniertes Wohnheim für schwerstbehinderte Menschen, in dem das Zwei-Milieu-Prinzip konsequent mit einer außerhalb des Hauses gelegenen Tagesförderstätte auf dem Gelände der Pfeifferschen Stiftungen gesichert wird. Für den quasi geschlossenen Dachgeschossbereich empfiehlt die Kommission eine Überprüfung und die Sicherstellung offener Wohnbedingungen.

Das Haus „Bethesda“ mit 16 Plätzen ist seit Jahren nur als vorübergehende Lösung belegt worden und nicht weiter zu akzeptieren. Die Fertigstellung eines neuen Wohnheims wird im ersten Quartal 2008 erwartet.

Ungeachtet der Schwere der Behinderung vieler Bewohner achten die Mitarbeiter in sehr wertschätzender Weise auf ein möglichst selbst bestimmtes und selbständiges Leben dieser Menschen. Die Fachkraftquote wird gut erfüllt. Die Einrichtung arbeitet bedarfsorientiert, es liegen zahlreiche Anträge für Neuaufnahmen vor. Die fachärztliche Versorgung ist abgesichert.

Seniorenpflegeheim Wolmirstedt der Senioren-Wohnpark GmbH Wolmirstedt
Besuch am 07. März 2007

Die Besuchskommission wurde diesmal offen und freundlich empfangen. Der zuständige Qualitätsbeauftragte des Gesamtunternehmens war bei dem Besuch anwesend. Der Umgang zwischen Bewohnern und Mitarbeitern hinterließ einen herzlichen Eindruck. Es bestehen zahlreiche Möglichkeiten der Tagesbetreuung und der Freizeitgestaltung. Vom Heimbeirat wurde Zufriedenheit mit den Betreuungsmöglichkeiten signalisiert. Die Weiterbildung der Mitarbeiter erfolgt innerhalb der Dienstzeit bei einer fünftägigen Weiterbildungsverpflichtung pro Mitarbeiter und Jahr, die Kosten trägt der Arbeitgeber. Zusätzliche Weiterbildung gibt es zur Vorbereitung eines Wohnbereiches für besonders verhaltensauffällige Bewohner. Die Heimleitung sah keine Probleme hinsichtlich der bestehenden Mischbelegung. Knapp die Hälfte der Bewohner verfügt über eine diagnostizierte gerontopsychiatrische Störung. Ein definierter gerontopsychiatrischer Bereich besteht jedoch nicht. Eine diesbezügliche Anregung der Besuchskommission wurde grundsätzlich positiv aufgenommen. Der Bereich mit der historisch bedingten Betreuung einer Gruppe geistig Behinderter wurde als „Auslaufmodell“ für die Einrichtung deklariert. Eine Neuaufnahme von Bewohnern mit geistiger Behinderung sei nicht vorgesehen.

**Wohn- und Übergangwohnheim für Menschen mit seelischen Behinderungen in
Groß Ammensleben**
Arbeiterwohlfahrt Krankenhausbetriebsgesellschaft Sachsen-Anhalt gGmbH
Besuch am 14. März 2007

Nach mehrfachem Wechsel in der Leitung hat sich jetzt offensichtlich eine konzeptuelle und personelle Stabilität eingestellt, die sich auch im freundlich entspannten Umgang zwischen Mitarbeitern und Bewohnern niederschlägt. Die Bewohner machten durchweg einen zufriedenen Eindruck. Die gesamte Einrichtung atmet eine im guten Sinne familiäre Atmosphäre. Wohl auf dem Lande gelegen bietet der Ort eine gute Infrastruktur mit Arzt, Apotheke, Einkaufsmarkt und Sparkasse sowie einem im Ort benachbarten Caritas-Wohnheim, zu dem ebenfalls gute Kooperationsbeziehungen bestehen. Die inzwischen ausgewiesenen neun Plätze im Intensiv Betreuten Wohnen werden voll genutzt. Das in einem Fall begonnene Ambulant Betreute Wohnen soll ausgeweitet werden, sodass ein bestimmtes Angebot abgesichert werden kann. Zudem werden externe Betreuungsmöglichkeiten im Bodelschwingh-Haus Wolmirstedt genutzt. Die fachärztliche Betreuung ist über die Institutsambulanz Haldensleben abgesichert. Die Quote gerichtlich angeordneter Betreuungen erscheint mit 100 % für eine Einrichtung dieser Art zu hoch und sollte überprüft werden.

Kinderhäuser „MITTeNDriN“ Oschersleben / OT Emmeringen
Privater Träger Frau Dr. Eva-Maria Klix
Besuch am 11. April 2007

Nach inzwischen 10-jährigem Bestehen können jetzt 49 Kinder und Jugendliche sonderpädagogisch, heilpädagogisch und psychotherapeutisch betreut werden, insbesondere auch Kinder und Jugendliche nach stationären psychiatrischen Behandlungen. Inzwischen wurden Jugendwohn- und Verselbständigungsgruppen in Oschersleben und Magdeburg aufgebaut, andere Außenstandorte inzwischen aufgegeben bzw. an einen anderen Träger übertragen. In der Einrichtung wird eine qualifizierte und engagierte Arbeit geleistet, was auch durch die Belegung durch Jugendämter anderer Bundesländer dokumentiert wird. Nach wie vor fehlt die Zuweisung aus dem eigenen Landkreis, was unverändert für eine gestörte Kommunikation in diesem Bereich spricht. Die unzureichende psychosoziale Infrastruktur des Landkreises erschwert zudem eine Einbindung der Klienten in ein Netz psychosozialer Partner. Die von der Besuchskommission wiederholt ausgesprochene Empfehlung zur Einrichtung eines „Runden Tisches“ aller Jugendhilfeanbieter und Kostenträger des Landkreises wurde bisher nicht realisiert. Auch zur Reanimation der PSAG erhofft sich der Ausschuss neue Impulse von den Auswirkungen der Kreisgebietsreform.

Bericht der Besuchskommission 3

Vorsitzende Frau Dr. med. Christiane Keitel, Stellv. Vorsitzender Herr DP Uwe Bartlick

Region Dessau-Roßlau

Die anstehende Gebietsreform hat die Besuchskommissionsmitglieder im Berichtszeitraum erkennen lassen, dass es einerseits ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und andererseits viel Unsicherheit über sich verändernde Ströme von Klienten und Patienten in der Region gibt.

Positiv hat sich die Anzahl der psychologischen Psychotherapeuten verändert: Während noch im vorangegangenen Zeitraum von 7 gesprochen wurde, kann die Region heute auf 10 niedergelassene Psychologische PsychotherapeutInnen blicken. Das ändert nichts daran, dass sich an der Situation der nervenärztlichen Versorgung nichts verbessert hat und zu erwarten ist, dass aufgrund der Gebietsreform weitere Belastungen auf die Region zukommen.

Eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft im Sinne der bekannten Strukturen aus anderen Landkreisen arbeitet nicht. Offensichtlich werden vielfältige Kontakte zwischen den Gesundheitseinrichtungen genutzt, um die wesentlichen Funktionen einer PSAG zu kompensieren.

Das St. Joseph-Krankenhaus in Dessau wird nach Fertigstellung des Neubaus auf dem Gelände der Städtischen Kliniken dorthin umziehen. Im Bereich der komplementären Versorgung für Dessau wird der Träger des St. Joseph-Krankenhauses ein Wohnheim für Menschen mit seelischer Behinderung auf dem nachnutzbaren Gelände des heutigen Robert-Koch-Hauses etablieren.

Landkreis Bitterfeld

Die Versorgungssituation des Landkreises Bitterfeld/Wolfen mit 99.000 Einwohnern ist in Einzelbereichen weiterhin nicht optimal. Es gibt nach wie vor keine vollstationäre psychiatrische Einrichtung im Landkreis. Als einzige Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie besteht nur die Tagesklinik mit 15 Plätzen am Kreiskrankenhaus Bitterfeld/Wolfen. Patienten, die eine vollstationäre psychiatrische Behandlung benötigen, werden nicht im Landkreis, sondern in den Krankenhäusern in Dessau und Bernburg, im Fachkrankenhaus für Psychiatrie in Halle-Neustadt, in der Universitätsklinik Halle und in der Klinik Bosse in Wittenberg versorgt.

Auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nach wie vor kein Angebot im stationären oder tagesklinischen Bereich vorhanden. Zurzeit erfolgt die Versorgung über die Tageskliniken in Dessau, Wittenberg oder Halle. Auch im ambulanten Bereich ist die Versorgung der Kinder und Jugendlichen im Landkreis nicht möglich. Hier wird auf die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Halle zurückgegriffen. Die ambulante Versorgung der Erwachsenen erfolgt durch drei niedergelassene Fachärzte. Es handelt sich um zwei Fachärzte für Neurologie/Psychiatrie und einen Facharzt für Psychiatrie.

Im komplementären Bereich gibt es drei Sucht- und Drogenberatungsstellen im Landkreis, die sich in zwei Trägerschaften befinden. Der DPWV bietet zwölf Plätze ABW für Suchtkranke an. Die geplante Ergänzung, hier der Aufbau einer Tagesstätte für seelisch Behinderte infolge Sucht, ist nicht vorgenommen worden. Im Landkreis existieren 260 Werkstattplätze für geistig Behinderte. Für Menschen mit seelischer Behinderung gibt es nach wie vor keine Möglichkeit des Ambulant Betreuten Wohnens.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die ohnehin schon nicht optimale Versorgungssituation des Altkreises Bitterfeld/Wolfen allein durch die Kreisgebietsreform und den neu entstehenden Landkreis Anhalt-Bitterfeld nicht verbessern wird. Im Grunde genommen werden drei psychiatrisch unterversorgte Regionen zusammengelegt.

Landkreis Wittenberg

Im Landkreis Wittenberg hat es im Berichtszeitraum keine wesentlichen Veränderungen in der Versorgungsstruktur gegeben, innerhalb der Einrichtungen waren jedoch einige Entwicklungen zu registrieren. Die stationäre und teilstationäre psychiatrische Vollversorgung Erwachsener wird durch die Klinik Bosse gewährleistet. Zum ersten Mal besucht wurde hier die Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, die im Juli 2005 um die 10 Plätze einer separaten Tagesklinik für Psychosomatische Medizin erweitert wurde. Ein Erstbesuch wurde ebenfalls dem Ambulant Betreuten Wohnen „Lebensträume“ in Trägerschaft der Klinik Bosse abgestattet. Dieses komplementäre Angebot ist in das Gesamtkonzept der Klinik integriert und bestand zum Zeitpunkt des Besuches ein Jahr. Im komplementären Bereich werden für seelisch behinderte Menschen weiterhin „Die Andere Werkstatt“ in Trägerschaft des Augustinuswerkes und die Tagesstätte des Gemeinnützigen Behindertenverbandes vorgehalten.

In der ambulanten nervenärztlichen Versorgung leistet die PIA der Klinik Bosse einen wesentlichen Beitrag. Obwohl im Landkreis wieder drei niedergelassene Nervenärzte praktizieren, können sie den Bedarf an ambulanter Behandlung nicht adäquat decken. Auch bei den drei niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten beträgt die Wartezeit bis zu einem halben Jahr auf einen ersten Termin.

Der Sozialpsychiatrische Dienst wird seit Anfang 2007 von einer Nervenärztin geleitet.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Tagesklinik der SALUS gGmbH das einzige Angebot im Landkreis, im Jahr 2005 wurde die Kapazität der Einrichtung von 12 auf 16 Plätze erweitert. Zum Zeitpunkt des Besuches im November 2006 war die PIA ärztlich nicht besetzt. Die Klinikumsleitung ist bemüht, bis Sommer 2007 das Problem zu lösen.

Nach wie vor gibt es keinen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater im Landkreis. Für geistig behinderte Menschen hält im Landkreis Wittenberg das Augustinuswerk differenzierte Angebote vor. Die Werkstatt war jedoch bei dem Besuch im Mai 2006 völlig überbelegt, da die Vermittlung der jährlichen Abgänger aus den GB-Schulen in die Werkstatt in keiner Relation zu den Abgängen aus der Werkstatt steht.

Landkreis Köthen/Anhalt

Im Spektrum der Einrichtung der Behindertenbetreuung hat sich im Landkreis im Berichtszeitraum keine Veränderung gegenüber dem 13. Bericht ergeben. Nach wie vor stellt ein Schwerpunkt der defizitären Versorgung die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung dar. Es sind im Landkreis nur zwei Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie zwei psychologische Psychotherapeuten niedergelassen. Eine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung findet nicht statt. Über eine eigene stationäre psychiatrische Krankenversorgung verfügt der Landkreis nicht, die Patienten müssen nach Bernburg und Dessau. Eine funktionierende PSAG ist nicht vorhanden.

Mit der künftigen Kreisgebietsreform zum 01.07.07 wird der Landkreis Köthen neben Landkreis Bitterfeld sowie einer Region des Landkreises Zerbst zum Landkreis Anhalt-Bitterfeld, Köthen ist dann die Kreisstadt. Der Hauptsitz des künftigen Gesundheitsamtes wird dann in Bitterfeld sein. Nach den derzeitigen Entwürfen soll der Sozialpsychiatrische Dienst in Köthen mit den zwei derzeit tätigen Sozialarbeitern/Sozialpädagogen als Außenstelle in der jetzigen Form erhalten bleiben. Dies ist geplant, um weitere Wege für die betroffenen psychisch Erkrankten und seelisch Behinderten zu vermeiden. Von amtsärztlicher Seite wird derzeit davon ausgegangen, dass auch Synergieeffekte genutzt werden können, da beispielsweise im jetzigen Landkreis Bitterfeld/Wolfen die PSAG sozial integrierend arbeitet. Im künftigen Sozialpsychiatrischen Dienst wird dann ein Fachpsychologe der Medizin federführend sein, ein Facharzt für Psychiatrie ist jedoch nicht tätig. Weitere sozialpsychiatrische Konsequenzen sind nach den derzeitigen Entwürfen des Landes und der Landkreise für psychisch Erkrankte und seelisch Behinderte noch nicht absehbar, spürbare Verbesserungen sind nicht erkennbar, da Landkreise mit z. T. defizitärem Behandlungsangebot zusammengelegt werden.

Besuche im Einzelnen:

Werkstatt für behinderte Menschen in Wittenberg

Augustinuswerk Wittenberg e. V.

Besuch am: 08.05.2006

Die Werkstatt ist für 240 Plätze konzipiert, davon 60 Plätze in der Außenstelle Jessen. Mit 324 Mitarbeitern war sie zum Zeitpunkt des Besuches und mit steigender Tendenz völlig überbelegt. Aus den GB-Schulen werden jährlich neue Arbeitnehmer vermittelt, ohne dass eine Relation zu den Abgängen aus der Werkstatt gewährleistet werden kann. Auch gelingt eine Vermittlung der behinderten Mitarbeiter auf dem ersten Arbeitsmarkt nur in Ausnahmefällen. Die Einrichtung hat gut strukturierte und nachvollziehbare Konzeptionen für das Eingangsverfahren, den Berufsbildungs- und den Arbeitsbereich. Weiterhin liegt eine Leistungsbeschreibung für den Förder- und Betreuungsbereich vor. Die Kommission konnte sich davon überzeugen, dass insbesondere im Berufsbildungsbereich fachtheoretischer Unterricht mit Stärkungen der sozialen Kompetenz und allgemeiner Bildung verbunden wird. Bei modernen räumlichen Voraussetzungen und guten Arbeitsbedingungen herrscht ein entspanntes Betriebsklima, was auch ein Mitglied der anwesenden Elternvertretung bestätigte. Unklar blieb im Gespräch zwischen allen Teilnehmern die Realisierung des geplanten Einsatzes eines persönlichen Budgets auch für Werkstattmitarbeiter.

Ambulant Betreutes Wohnen „Lebens(t)räume“ in Wittenberg, Klinik Bosse Wittenberg/Alexianerbrüdergemeinschaft GmbH

Besuch am: 08.05.2006

Das Ambulant Betreute Wohnen an der Klinik Bosse in Wittenberg bestand zum Zeitpunkt des Besuches ein Jahr. Es handelt sich dabei um eine komplementäre Struktur innerhalb des Gesamtkonzeptes der Klinik. In die aufsuchende Betreuung der zehn Klienten teilen sich vier Sozialarbeiterinnen der Klinik. Neben dem Ambulant Betreuten Wohnen werden die Patienten auch durch die PIA und durch den gesetzlichen Betreuer versorgt, was zu Synergieeffekten führt. Einige dieser Betreuten waren zum Gespräch anwesend und äußerten sich sehr zufrieden mit dem Angebot. Hilfreich wäre für die Einrichtung die Beschleunigung der bürokratischen Verfahrenswege, da die Kosten der Maßnahmen oft nur mit Verzögerung bewilligt werden.

Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin am Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Geriatrie und Neurologie in Wittenberg Klinik Bosse Wittenberg, Alexianerbrüdergemeinschaft GmbH

Besuch am: 08.05.2006

Die Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin ist in das Gesamtkonzept der Klinik Bosse eingebettet und umfasst 30 Plätze. Die Nachfrage für die psychosomatische Behandlung ist groß. Im Juli 2005 wurde das Angebot um die zehn Plätze der separaten Tagesklinik Psychosomatische Medizin erweitert. Sie ist auf der Station St. Vinzenz räumlich untergebracht. Die Ausstattung ist modern, freundlich und funktional. Die PsychPV ist bis jetzt nicht umgesetzt, d. h., trotz Erweiterung des Angebotes kam es nicht zu einer Erhöhung der Anzahl der Mitarbeiter. Es wird auf der Grundlage einer fundierten Konzeption nach einem multimodalen System behandelt.

Die Erreichbarkeit im zentrumsnahen Raum in Wittenberg ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gegeben, was jedoch im Flächenlandkreis zum Teil mit erheblichen Anfahrtszeiten verbunden ist.

Ambulant Betreutes Wohnen für suchtkranke Menschen in Dessau
Diakonisches Werk Bethanien e. V. Dessau

Besuch am: 12.06.06

Das Ambulant Betreute Wohnen für Suchtkranke betreut zum Zeitpunkt des Besuches 15 Klienten. Im Rahmen der Förderung der Selbsthilfekompetenzen der Betroffenen konnten im Jahre 2005 fünf Personen regulär entlassen und fünf Neuaufnahmen vollzogen werden. Zur Personalausstattung ist auszuführen, dass zwei Mitarbeiterinnen mit je 20 Wochenstunden zur Verfügung stehen. Eine Mitarbeiterin ist staatlich anerkannte Erzieherin mit Zusatzausbildung als sozialpädagogische Fachkraft, eine Mitarbeiterin absolviert derzeit ein berufsbegleitendes Studium an der Fachhochschule für Sozialpädagogik und Sozialarbeit. Als problematisch im Ambulant Betreuten Wohnen wird dargestellt, dass die Sozialagentur eine Kombination von Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens beispielsweise mit Tagesförderung oder mit dem Besuch einer Tagesstätte ablehnt. Dies ist kritisch zu bewerten, da es sich meist um chronisch mehrfachgeschädigte alkoholabhängige Männer im Ambulant Betreuten Wohnen handelt, die bei entsprechendem Nichtvorhalten auch von tagesstrukturierenden Maßnahmen im ambulant betreuten Wohnen wieder in stationäre Einrichtungen zurückgeführt werden müssten. Es sind Finanzierungsschwierigkeiten des Ambulant Betreuten Wohnens erkennbar. Es sind Tagessätze von 10,98 Euro ausgehandelt worden, die den tatsächlichen Betreuungsaufwand der mehrfach geschädigten Bewohner nicht ausreichend finanzieren. Die Einrichtung kann sich finanziell nur über die Nutzung von Synergieeffekten über andere Einrichtungen des Diakonischen Werkes halten.

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Dessau
Kreisfreie Stadt Dessau

Besuch am 12.06.06

Erfreulich ist, dass der SpDi durch eine Fachärztin geleitet wird, die diesen wichtigen Dienst äußerst gut informiert versieht und sehr engagiert mit allen Möglichkeiten unterstützt. Der Dienst ist über das Angebot von Hilfeeinrichtungen bestens informiert. Es gibt sehr viele Arbeitskreise und Kontakte. Wünschenswert wäre ein häufigeres und umfänglicheres Treffen im Sinne einer besseren Vernetzung.

Die Psychiatrieplanung sollte um die Bedarfe und Angebote der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung einschließlich Jugendhilfeeinrichtungen sowie der gerontopsychiatrischen Versorgung erweitert werden. Nicht erkennbar sind Regelungen für psychisch kranke Obdachlose. Eine PSAG könnte hier eine deutlich bessere Bedarfsanalyse unter Berücksichtigung der prognostischen Bedarfsentwicklung und dem vorhandenen psychiatrischen Versorgungsangebot durchführen.

Für die Hausbesuche in der territorial sehr weit gestreckten Stadt Dessau sind Fahrzeuge in ausreichender Zahl notwendig.

Suchtberatungsstelle Dessau
Diakonisches Werk Bethanien e.V. Dessau
Besuch am 12.06.06

Die Suchtberatungsstelle und die dort geleistete Arbeit machten auf die Besuchskommission insgesamt einen guten und engagierten Eindruck. Wünschenswert wäre, wenn verstärkt Prävention betrieben werden könnte, dies hätte jedoch zur Voraussetzung, dass die Einrichtung personell aufgestockt würde. Eine solche Aufstockung würde sicher zusätzliche finanzielle Mittel voraussetzen, deren Erlangung momentan leider in keinsten Weise zu erwarten ist. Die Finanzierung der Einrichtung stellte sich als äußerst problematisch dar. Problematisch war, dass es eine Vielzahl von Kostenträgern gibt, die sich letztendlich die Finanzierung der Einrichtung teilen und bei denen jeweils seitens der Einrichtung Anträge gestellt werden müssen. Dies erfordert einen hohen bürokratischen Aufwand, der letztendlich denen, die in der Beratungsstelle Hilfe suchen, nicht zu Gute kommt. Es wäre wünschenswert, wenn es hier zu einer Vereinfachung der Kostenstruktur käme. Des Weiteren war problematisch, dass der Haushalt der Stadt Dessau noch nicht genehmigt worden war, sodass die Beratungsstelle letztendlich in den ersten fünf Monaten des Jahres 2006 sowohl von der Stadt als auch vom Land einstweilen keine Zuwendungen erhielt.

Kinder- und Jugendheim „Adolf Reichwein“, Schloss Pretzsch, Außenstelle
Jugend-Landhof Woltersdorf
SALUS Betreibergesellschaft für sozialorientierte Einrichtungen Sachsen-Anhalt
Besuch am 04.09.2006

Der Jugend-Landhof Woltersdorf ist eine Außenstelle des Kinder- und Jugendheimes Pretzsch und beherbergt eine Intensivpädagogische Wohngemeinschaft für Jugendliche mit Suchtmittelbelastung und psychosozialen Auffälligkeiten. Er stellt damit eine Alternative zu herkömmlichen Jugendhilfeeinrichtungen dar, in denen die Zielgruppe nicht adäquat betreut werden kann. Die Einrichtung hat eine Kapazität von sechs Plätzen für junge Menschen im Alter von 10-18 Jahren. Zum Zeitpunkt des Besuches waren fünf Plätze belegt.

Der angemietete Bauernhof in dem abgelegenen kleinen Dorf besteht aus dem ansprechend renovierten Wohnhaus und drei stark baufälligen Nebengelassen. Das Außengelände kann aus Sicherheitsgründen nur sehr begrenzt genutzt werden. Weitere Baumaßnahmen sind zurzeit durch Probleme mit dem Vermieter nicht möglich, so dass die Perspektive der Einrichtung an diesem Standort infrage gestellt ist.

Das Konzept der Einrichtung ist sehr differenziert und am besonderen Bedarf der Zielgruppe orientiert. Der Betreuungsschlüssel ist mit 1:1,65 Fachkräften sehr dicht. Das Personal leistet eine engagierte und qualifizierte Arbeit. Einen hohen Stellenwert hat dabei das Qualitätsmanagement.

Neben Schwierigkeiten in der Beschulung der Bewohner, die oft Alternativen zur Regelschule benötigen, wurde von den Vertretern der Einrichtung die Perspektivlosigkeit der Jugendlichen nach dem Aufenthalt in der Wohngemeinschaft angesprochen, insbesondere fehlt es an Lehrstellen und Arbeit.

Wohnheim für geistig behinderte Menschen und Wohnheim an der Werkstatt für behinderte Menschen in Seyda, Gustav-von-Diest-Verein Seyda e. V.

Besuch am 04.09.2006

Die Einrichtung befindet sich auf dem Gelände eines ehemaligen Gutshofes und ist am Ortsrand ruhig gelegen. Sie hat eine Kapazität von 50 Plätzen und ist ausgelastet. Um der starken Nachfrage weiter gerecht werden zu können, wurde ein Antrag auf Erweiterung um 12 Plätze gestellt. Mit ihren differenzierten Betreuungsangeboten nach individuellen Fähigkeiten und Ressourcen der Bewohner wird die Einrichtung den Bedürfnissen der Behinderten gerecht. Es gibt Förder- und Freizeitangebote, aber auch eigene Aktivitäten der Bewohner sind möglich. Die nervenärztliche Versorgung der Bewohner ist aufgrund der Situation niedergelassener Nervenärzte in der Region gegenwärtig kaum möglich und wird deshalb durch einen Facharzt aus Berlin realisiert.

Als besonders lobenswert wird eingeschätzt, dass die Bewohner auch über den Zeitpunkt des Renteneintritts hinaus in der Einrichtung bedarfsgerecht wohnen bleiben können. Das Persönliche Budget ist allen Beteiligten noch nicht ausreichend bekannt. Angeregt wurde durch die Besuchscommission eine intensivere Nutzung der vorhandenen landwirtschaftlichen Flächen auf dem Gelände der Einrichtung.

**Tagesstätte für Menschen mit seelischen Behinderungen in Köthen
Diakonisches Werk Bethanien e. V.**

Besuch am 09.10.2006

Die Kommission kam zu der Überzeugung, dass mit knappen personellen Ressourcen (Minimalstandard) eine engagierte Betreuung der behinderten Menschen gewährleistet wird. Die zur Verfügung stehenden therapeutischen Angebote erscheinen lebenspraktisch und sind geeignet, das erklärte Ziel der Einrichtung umzusetzen. Die seit einiger Zeit bestehende unbefriedigende Auslastung der Einrichtung wurde ausgiebig diskutiert. Es war auffällig, dass aus den umliegenden psychiatrischen Kliniken wenige Zuweisungen kamen. Kritisch ist weiterhin zu werten ein fehlendes psychosoziales Verbundsystem in der Region Köthen. Damit verbunden erschien es schwierig, entsprechende Netzwerke aufzubauen und zu unterhalten. Der Besuchscommission fiel auf, dass kein Vertreter des Landkreises anwesend war. Diskutiert wurden auch die Langzeitaufenthalte von Tagesstättenbesuchern. Hier konnten die Mitarbeiter darlegen, dass eine Verhinderung von Einweisungen in ein Heim bzw. die weitere Teilhabe am Leben diese Entscheidung gerechtfertigt erscheinen lassen, einige Klienten auch langfristig zu betreuen.

**Betreutes Wohnen an WfbM in Köthen
Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Köthen e. V.**

Besuch am 09.10.2006

Das Betreute Wohnen stellt eine wichtige Betreuungsform für die Wohnsituation von geistig, geistig-mehrfach und seelisch Behinderten im Landkreis dar. Die Bewohner leben in eigenen Wohnungen bzw. auch in zwei Wohngemeinschaften. Eine Kapazitätsbegrenzung nach oben war seitens des Trägers nicht festgelegt. Aktuell (Mai 2007) werden 22 Bewohner durch zwei Mitarbeiter betreut. Zum Besuchszeitpunkt war die Finanzierungssituation desolat. Ab November 2006 wurde ein Vertrag mit dem Land Sachsen-Anhalt (Sozialagentur Halle) geschlossen. Nachdem der Landkreis bisher 7,15 Euro gezahlt hat, ist nun vertraglich ein Tagessatz von 7,34 Euro vereinbart worden. Dennoch liegt die finanzielle Vereinbarung weiter unter dem statistischen Mittel für Sachsen-Anhalt von 10,96 Euro. Es ist damit für den Träger nur sehr mühsam möglich, laufende Personalkosten und auch immer wieder anfallende Sachkosten zu finanzieren. Ein Gehalt nach Tarif wird derzeit nicht gezahlt.

Wohnheim an WfbM „Geschütztes Wohnen“ in Köthen
AWO Kreisverband Köthen e. V.

Besuch am 09.10.2006

Das Wohnheim an WfbM für 14 geistig behinderte Menschen hinterlässt einen angenehmen Eindruck. Gerade die geringe Platzkapazität, die seit vielen Jahren konstant mit den Bewohnern besetzt ist, lässt eine freundliche und familiäre Atmosphäre aufkommen. Dies ist im Kontakt zwischen Personal und betreuten Bewohnern zu spüren. Die Mitarbeiter der Einrichtung verweisen darauf, dass es vom Behinderungsbild der Bewohner kaum Perspektiven gäbe, Bewohner in näherer Zukunft aus diesem Wohnheim in selbstständigere Wohnformen auszugliedern. Insgesamt ist die Einrichtung, die in einem teilsanierten Altbau untergebracht ist, ansprechend. Das Betreuungskonzept ist ohne sichtbare Defizite. Alle Bewohner arbeiten in derselben Werkstatt. Trotz der Sanierung des Daches des Haupthauses ist weiterer Sanierungsbedarf im Gebäude erkennbar. Die Nasszellen sind renoviert, werden aber z. T. immer noch gemeinsam genutzt. Eine grundlegende Sanierung der Bäder erscheint unumgänglich. Teilweise ist noch eine Doppelzimmerbelegung vorhanden, jedoch würden die Bewohnern keine andere Wohnform wünschen. Die Besuchskommission geht allerdings davon aus, dass ein eigenes Zimmer auch im Behindertenbereich Norm werden sollte.

Sozialpsychiatrischer Dienst am Fachdienst Gesundheit in Wittenberg
Landkreis Wittenberg

Besuch am 06.11.2006

Der SpDi war zum Zeitpunkt des Besuches mit einer Dipl.-Psychologin, zwei Sozialarbeiterinnen und einer Fachschwester für Psychiatrie besetzt. Eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die im Amtsärztlichen Dienst beschäftigt war, stand dem SpDi stundenweise zur Verfügung. Seit Januar 2007 leitet sie nun den SpDi.

Nach dem Umzug des SpDi in den Neubau der Kreisverwaltung stehen den vier vollbeschäftigten Mitarbeiterinnen nun moderne, zweckmäßig eingerichtete Räume zur Verfügung. Durch die zentrale Lage kann der Dienst mit öffentlichen Verkehrsmitteln von den Klienten gut erreicht werden.

Kritisch anzumerken ist, dass es für die sozialarbeiterisch tätigen Mitarbeiterinnen keinen separaten Raum für vertrauliche Gespräche und Gruppen gibt. Weiterhin sah die Besuchskommission für die Klienten Schwierigkeiten, sich in dem großen Gebäude der Kreisverwaltung zurechtzufinden, da ein übersichtliches Wegeleitsystem fehlt. Der sehr kleine Wartebereich direkt im Flur des Amtes gewährleistet keinen niedrighschwelligem Zugang zum SpDi und keine Anonymität der Klienten.

Insgesamt erlebten wir die Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes Wittenberg als sehr engagiert und kompetent, die aufsuchende Tätigkeit nimmt einen großen Raum ein. Der SpDi ist im Vorstand der PSAG tätig und leitet deren Geschäftsstelle. Ressourcen gibt es noch in der Kooperation mit dem Fachdienst Jugend. Hier sollte perspektivisch ein möglichst nahtloser Übergang bei der Betreuung junger Klienten erreicht werden.

**Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Fachklinikums
Bernburg in Wittenberg
SALUS GmbH, Betreibergesellschaft für sozialorientierte Einrichtungen des Landes
Sachsen-Anhalt**

Besuch am 06.11.2006

Die Tagesklinik befindet sich in einer ansprechend restaurierten Villa in der Nähe des Stadtzentrums von Wittenberg. Die räumlichen Voraussetzungen sind sehr großzügig und bieten hervorragende Möglichkeiten zur Arbeit. Die Kapazität der Plätze wurde 2005 von 12 auf 16 erweitert, was auch eine Umstrukturierung der Behandlungsgruppen in drei Altersgruppen mit einem festen Bezugstherapeuten ermöglichte. Die Wartezeit auf einen Therapieplatz beträgt im Durchschnitt einen Monat. Die Einrichtung ist zu 100 % ausgelastet. Die MitarbeiterInnen sind sehr engagiert, die Beziehung zwischen ihnen und den jungen Patienten wirkte herzlich und die Grundstimmung in der Einrichtung insgesamt positiv. Es wird ein breites Spektrum von ärztlichen, psychotherapeutischen und kreativtherapeutischen Angeboten vorgehalten.

Mit dem Fachdienst Jugend der Kreisverwaltung erfolgt eine regelmäßige und gute Kooperation. Zum Zeitpunkt des Besuches war die Psychiatrische Institutsambulanz ärztlich nicht besetzt; die Klinikumsleitung war sehr bemüht, eine Lösung für das Problem zu finden.

**St. Joseph-Krankenhaus Dessau
Klinik Bosse Wittenberg Alexianerbrüdergemeinschaft GmbH**

Besuch am 05.12.2006

Das Krankenhaus hat einen festen Platz in der Versorgungsregion der Stadt Dessau und überregional. Die Konzeption sichert mit den Bereichen stationäre Versorgung, Tagesklinik und PIA einen wesentlichen Beitrag für die Versorgung psychisch kranker Menschen. Durch die Besetzung von Stellen im ärztlichen Bereich ist auch in Zukunft von einer stabilen Versorgung auszugehen.

Der endlich begonnene Neubau wird die Situation für Patienten und Mitarbeiter entscheidend verbessern. Die derzeit noch recht engen räumlichen Bedingungen auf den Stationen und in den Therapiebereichen können nur als Übergangslösung bis zum Umzug in den Neubau akzeptiert werden. Da in den vergangenen Jahren recht hohe Mittel investiert wurden, um den jetzigen Standort zu renovieren und teilweise umzubauen, sollte die baldige Nachnutzung des Gebäudes schnell geklärt werden.

Begrüßt wird von der Besuchskommission ausdrücklich, dass durch Initiative der Klinik auch komplementäre Betreuungsformen realisiert werden wie das Ambulant Betreute Wohnen bzw. bereits in Planung sind wie ein Heimbereich für Menschen mit seelischen Behinderungen.

**Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Bitterfeld
Landkreis Bitterfeld**

Besuch am 12.02.07

Der Sozialpsychiatrische Dienst im Landkreis Bitterfeld besteht seit 1992. Das eingespielte Team unter Leitung eines Fachpsychologen der Medizin leistet eine engagierte und am Bedarf orientierte Arbeit, wobei die aufsuchenden Hilfen im Vordergrund stehen. Dafür stehen gute räumliche und materiell-technische Voraussetzungen zur Verfügung. Defizite, insbesondere in der ambulanten psychiatrischen Versorgung, werden in der PSAG thematisiert und durch eine Vernetzung der vorhandenen Ressourcen gemildert.

Der SpDi in Bitterfeld steht im Hinblick auf die Gebietsreform im Sommer 2007 vor einer Strukturveränderung, bei der es darauf ankommt, keine Einbußen am derzeitigen Stand der Versorgungsstruktur zuzulassen, was nach dem gegenwärtigen Stand der Planung möglich erscheint.

**Ambulant Betreutes Wohnen für Abhängigkeitskranke in Bitterfeld
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Sachsen-Anhalt e.V.**

Besuch am 12.02.07

Die Besuchskommission kann eine stabile Situation der praktizierten Betreuungsform für Menschen mit seelischer Behinderung infolge Sucht erkennen. Die Mitarbeiter wirken engagiert in der ausgelasteten Einrichtung mit einer Kapazität von zwölf Plätzen. Die Klienten sind überwiegend ALG-II-Empfänger. Die praktizierte Betreuungsform kommt allerdings einem stationären Setting näher als dem Ambulant Betreuten Wohnen; die Bewohner bewohnen im Haus eigene Mietwohnungen, sind hier berechtigterweise intensiv betreut (der Hilfebedarf ist offensichtlich) und viele Bewohner sind nicht in selbstständige Wohnformen rückführbar. Daher kann eingeschätzt werden, dass der Bedarf an Ambulant Betreutem Wohnen für die eigentliche Zielgruppe nicht gedeckt werden kann.

**Caritas-Altenpflegeheim St. Vinzenz in Zörbig
Trägergesellschaft St. Mauritius gGmbH Magdeburg**

Besuch am 05.03.2007

Das Caritas-Altenpflegeheim Zörbig unter der Trägerschaft der St. Mauritius gGmbH (ctm) konnte im Dezember 1998 eine neue moderne Einrichtung mit freundlichen, großzügigen, vorwiegend Einzel- aber auch ansprechenden Doppelzimmern in Betrieb nehmen. Es werden zurzeit 58 Bewohner durch ein engagiertes Team von Mitarbeitern betreut, das sich hauptsächlich dem Konzept der erlebnisorientierten Pflege bzw. bedürfnisorientierten statt problemorientierten Pflege widmet.

Die Bewohner leben in drei Wohngruppen, getrennt nach vorwiegend somatischen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen. Insbesondere in den zwei gerontopsychiatrischen Gruppen mit einem Großteil an Demenzerkrankungen schätzen wir die rein nach Individualbedürfnissen ausgerichtete Pflege ohne feste Alltagsstrukturierung, ohne feste Therapieangebote jedoch als überdenkenswert ein, da gerade dort Bewohner mit Antriebsschwäche, Rückzugstendenz, Interessenverlust oder auch depressiven Begleitsymptomen sehr rasch „untergehen“ können. Zu wenig genutzt sehen wir auch das Angebot an Ergo- und Physiotherapie. Dafür sollte unbedingt ein zusätzlicher Raum geschaffen werden. Ebenfalls als problematisch werten wir die unzureichende nervenärztliche Versorgung der Heimbewohner. Einen Nervenarzt, der Hausbesuche durchführt, gibt es im Landkreis nicht. Das Aufsuchen der vorhandenen Niederlassungen bzw. auch Institutsambulanzen wird von den Heimmitarbeitern als zu beschwerlich und unbefriedigend erachtet. Dadurch haben viele Heimbewohner schon sehr lange Zeit keinen Nervenarzt mehr kontaktieren können.

Als positiv hervorzuheben ist die Arbeit in den einzelnen Wohnbereichen mit einem festen Personalstamm, um den Heimbewohnern vertraute Personen zur Seite zu stellen. Ebenfalls hervorheben möchten wir das hohe Engagement der Mitarbeiter hinsichtlich der Aus- und Weiterbildung, insbesondere die Weiterbildung zum gerontopsychiatrischen Fachberater. Aber auch eine Supervision der Mitarbeiter sollte von Seiten des Trägers ermöglicht werden. Des Weiteren sollte eine Vereinbarung entsprechender Pflegesätze für gerontopsychiatrische Bewohner mit dem Ziel angestrebt werden, diesen Bewohnern auch ein individuelles, krankheitsspezifisches Beschäftigungsangebot anbieten zu können.

Wohnheim für geistig und mehrfach behinderte Menschen in Wolfen Pro Civitate e.V.

Besuch am 05.03.07

Seit dem letzten Besuch der Kommission haben sich die materiellen Voraussetzungen für die Heimbewohner und auch für das Heimpersonal wesentlich zum Positiven geändert. Die Kommission konnte sich von einem engagierten Personal, welches ein herzliches Verhältnis zu den Bewohnern/-innen pflegt, überzeugen. Sowohl die Bewohner als auch die Heimleiterin und das Personal haben den Eindruck vermittelt, dass der Umzug in das neue Gebäude sich positiv auf die Befindlichkeiten aller ausgewirkt hat. Es besteht ein sehr gutes Betreuungsangebot, darüber hinaus konnte sich die Besuchscommission von dem Vorhandensein fester Tagesstrukturen überzeugen.

Anhand der Förderpläne/Therapiepläne ließ sich nachvollziehen, dass die individuelle Beschäftigung der Bewohner/-innen ernst genommen wird. Ausdruck der verstärkten individuellen Förderung ist der Rückgang des Einsatzes von Psychopharmaka. Die Kommission empfiehlt den Ausbau der Angebote für jüngere Personen, hier sollte nicht nur auf ältere Personen abgestellt werden. Darüber hinaus empfiehlt die Kommission, auch die Möglichkeit des Intensiv Betreuten Wohnens, möglicherweise auch für jüngere Leute, auszubauen, auch wenn gegenwärtig die Klientel noch nicht vorhanden ist. Als positiv wurde der Ausbau eines denkmalgeschützten Hauses zur externen Fördereinrichtung bewertet, das auf einem angrenzenden Komplex steht.

Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Wolfen Gesundheitszentrum Bitterfeld/Wolfen gGmbH

Besuch am 16. April 2007

Die räumlich sehr gut ausgestattete und großzügig wirkende Tagesklinik hält derzeit eine Kapazität von 12 Plätzen vor, die in den letzten 1 1/2 Jahren bis zu 120 % ausgelastet war. Eine Kapazitätserweiterung auf 15 Plätze wurde durch den Planungsausschuss vorläufig schon bestätigt. Die Tagesklinik bietet zwei Behandlungsgruppen mit einer jeweiligen Stärke von 8 -10 Patienten an. Die Gruppe 1 wird als offene „sozialpsychiatrische“ Gruppe von einem verhaltenstherapeutisch orientierten Psychologen geführt, so dass die Tagesklinik in der Lage ist, relativ kurzfristig Patienten nach einer stationären Akuttherapie tagesklinisch zu behandeln, um die Reintegration zu fördern. Die Gruppe 2 wird als geschlossene Psychotherapiegruppe geführt. Sie wird von einem tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeuten sowie einem Co-Therapeuten geleitet. Somit wendet sich die Tagesklinik neben der psychotherapeutischen tagesklinischen Versorgung ebenso der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen im engeren Sinne zu.

Die ambulante Versorgung mit Nervenfachärzten ist praktisch nicht ausreichend, die ambulante psychotherapeutische Versorgung ist desolat. So findet oft im Vorfeld keine adäquate psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung für die aufgenommenen Patienten statt, sie werden häufig über den Hausarzt teilstationär eingewiesen. Auch im Nachgang kann eine ambulante psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung nicht oder nicht zeitnah durchgeführt werden. Somit stellt die Tagesklinik die einzige klinisch/psychiatrische Einrichtung im Landkreis mit einem sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungskonzept in Gemeindenähe dar. Dies wird sich auch in der nächsten Legislaturperiode nicht ändern, da im künftigen Landkreis Anhalt-Bitterfeld eine stationäre psychiatrisch/ psychotherapeutische Krankenversorgung nicht vorgehalten wird.

Die fachärztliche Besetzung der Tagesklinik hat sich gegenüber dem Vorbesuch nicht verbessert. Eine zweite Nervenfacharztstelle ist ausgeschrieben, jedoch ein Bewerber nach wie vor nicht gefunden. Trotz theoretisch guter Versorgung nach PsychPV müsste hier aufgrund der externen Lage der Psychiatrischen Tagesklinik dringend ein zweiter Facharzt tätig werden (Stellvertreterregelung).

Bericht der Besuchskommission 4

Vorsitzender Herr Joachim Müller, Stellv. Vorsitzende Frau Birgit Tank

Landkreis Quedlinburg

Der Landkreis Quedlinburg hat derzeit ca. 72.071 Einwohner. Zum 1. Juli 2007 erfolgt eine Fusion mit den Landkreisen Wernigerode und Halberstadt zum Harzkreis. Der Kreis-Sitz wird in Halberstadt sein. Bereits im Juli 2006 wurde ein gemeinsames Gesundheitsamt gebildet, die bisherigen Gesundheitsämter wurden als Außenstellen beibehalten. Der SpDi in Wernigerode wird von einer Fachärztin für Psychiatrie geleitet. Die fachpsychiatrische Begutachtung vor Ort wird durch Oberärzte der Fachklinik Ballenstedt auf Honorarbasis unterstützt. Die in der Außenstelle Quedlinburg tätigen Sozialarbeiterinnen haben sich im Interesse einer besseren Effektivität jeweils auf die Betreuungsbereiche psychisch kranker Menschen, Menschen mit einer geistigen Behinderung und Abhängigkeitserkrankungen spezialisiert.

Die stationäre Versorgung erfolgt über die Fachkliniken Ballenstedt und Neinstedt. Die ambulante Versorgung wird von zwei Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, einer Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie sowie drei Psychologen gewährleistet. Weiterhin wird die ambulante Versorgung ergänzt durch die Möglichkeiten der PIA und der Tageskliniken. Nach wie vor ist die kinderpsychiatrische Versorgung in der Region schlecht. Eine Verbesserung ist nicht absehbar.

Im Landkreis sind viele Selbsthilfegruppen tätig. In der PSAG, die durch den Sozialpsychiatrischen Dienst geleitet wird, arbeiten verschiedene Organisationen und Träger zusammen. Mit der Kreisgebietsreform bestehen gute Voraussetzungen, die vielfältigen sozialen Dienstleistungen und Angebote in der Versorgung verschiedener Zielgruppen gemeinsam zu nutzen. Jetzt gilt es, diese Leistungen in einer optimalen Kooperation und Vernetzung gemeinsam anzubieten und zu vermitteln.

Landkreis Aschersleben-Staßfurt

Im Landkreis Aschersleben-Staßfurt leben ca. 98.000 Einwohner. Der Hauptsitz des Sozialpsychiatrischen Dienstes befindet sich in Aschersleben mit einer gut funktionierenden Nebenstelle in Staßfurt. Dort ist wieder eine Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Gesundheitsamt beschäftigt. Die stationäre Versorgung von psychisch Kranken findet in den Krankenhäusern Bernburg, Ballenstedt und Hettstedt statt. Die teilstationäre Behandlung erfolgt in den Tageskliniken in Aschersleben und Staßfurt. Die Tagesklinik in Staßfurt befindet sich inzwischen integriert am Klinikum in neuen Räumlichkeiten. Die ambulante Versorgung der Bewohner des Landkreises vor allem auch der Heimbewohner hat sich vorübergehend gebessert, durch die Überlastung des einzigen niedergelassenen Nervenarztes und daraus folgenden Komplikationen mit der KV hat sich die Versorgung wieder verschlechtert und verkompliziert. Bemühungen, hier gerade für die Heime Regelungen zu finden, sind noch nicht zum Abschluss gebracht.

Ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie im ambulanten Bereich ist weiterhin nicht vorhanden. Die komplementären Einrichtungen sind für seelisch behinderte Menschen nicht optimal, vor allem im Bereich Aschersleben. Die Versorgung der Menschen mit geistiger Behinderung ist vielfältig und den Erfordernissen angepasst. In der Versorgung von demenzkranken Personen zeigt sich die Einrichtung St. Antonius in Aschersleben räumlich und konzeptionell vorbildlich, wobei auch in den übrigen Heimen entsprechende Plätze vorgehalten werden.

Eine freie Mitarbeiterstelle im Amtssitz Aschersleben am SpDi wird nachbesetzt. Es ist zu überprüfen, in welcher Weise die Kreisgebietsreform ab 01.07.2007 Verbesserungen bringen wird.

Landkreis Schönebeck

Der Landkreis Schönebeck hat ca. 74.000 Einwohner. Im Hinblick auf die Gebietsreform wurde die Kooperation der Gesundheitsämter Schönebeck und Bernburg weiter gefestigt. Auch die Leitung des SpDi ist für beide Landkreise zuständig. An der ambulanten Versorgung mit zwei Nervenärzten und drei Psychologischen Psychotherapeuten hat sich nichts geändert, so dass eine ausreichende Versorgung durch die benachbarten Kreise abgedeckt werden muss. Nach wie vor existiert keine Tagesklinik im Einzugsgebiet und die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hat sich nicht verändert. Ansonsten besteht die Basisversorgung wie bisher und es existieren differenzierte Angebote für geistige und seelisch behinderte Menschen. Das avisierte ABW für seelisch Behinderte besteht inzwischen.

Da im Landkreis Schönebeck nur wenige Einrichtungen besucht wurden, kann hier kein differenziertes Abbild des Landkreises dargestellt werden. Welche Auswirkungen die Landkreisreform dann für die gesamten Versorgungsstrukturen hat, wird sich zeigen.

Landkreis Halberstadt

Der zum Bezugszeitraum noch bestehende Landkreis Halberstadt hat etwa 75.000 Einwohner. Im Rahmen der Landkreisreform wurde das Gesundheitssystem bereits zusammengelegt, wobei definiert ist, dass die alten bewährten Versorgungsstrukturen, vor allem der Sozialpsychiatrischen Dienste, am Ende in vergleichbarer Weise bestehen bleiben. Die Leitung des Gesundheitsamtes erfolgt bereits jetzt von Wernigerode aus mit Außenstelle in Halberstadt. Die Fachärztin für Psychiatrie, die für vier Stunden im SpDi tätig war, beendete ihr Arbeitsverhältnis zum 31.03.2007. Die Stelle ist noch nicht wieder besetzt.

Das Versorgungsnetz der psychisch Kranken und behinderten Menschen ist nach wie vor nicht ausreichend, Rückgriffe auf Einrichtungen der Nachbarlandkreise sind erforderlich. Dies führt dazu, dass lange Anfahrtswege in Kauf zu nehmen sind und eine flächendeckende Versorgung nicht gegeben ist. Besonders kritisch ist dabei das Defizit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. Die übrige ambulante Versorgung wird durch zwei Nervenärzte und drei Psychologische Psychotherapeuten abgedeckt. Versorgungslücken in der Erwachsenenpsychiatrie werden von der Institutsambulanz und Tagesklinik in Blankenburg teilweise ausgeglichen. Im Sucht-Bereich arbeiten die Drogen- und Suchtberatungsstellen im Therapieverbund Sucht mit dem Diakoniekrankenhaus Elbingerode zusammen. Die akutenpsychiatrische Versorgung kann als ausreichend eingeschätzt werden, da aus den Nachbarkreisen medizinische Kapazitäten einfließen.

Auffallend ist die rückläufige Belegung in Tagesstätten und im Betreuten Wohnen. Dies liegt vor allem daran, dass es erhebliche Probleme in der Genehmigung von Maßnahmen durch die Sozialagentur gibt. Als spezielles Problem für die Region Halberstadt stellt sich dar, dass Menschen in psychischen Krisen nicht vom Notarzt versorgt werden, sondern dieser bereits im Vorfeld den Sozialpsychiatrischen Dienst mobilisiert, so dass eine Zuführung ins Behandlungssystem entweder gar nicht oder verzögert erfolgt.

Landkreis Bernburg

Im Landkreis Bernburg mit 63.000 Einwohnern hat sich im Berichtszeitraum nichts Wesentliches verändert. Auf die Gebietsreform mit der Kooperation zwischen Schönebeck und Bernburg wurde weiter hingearbeitet. Der gemeinsame SpDi wird nach wie vor von einer Fachärztin für Psychiatrie geleitet, die PSAG arbeitet wie bisher. Auch in der ambulanten Versorgung hat sich mit zwei Nervenärzten in Bernburg und vier Psychologischen Psychotherapeuten und die PIA des Fachkrankenhauses Bernburg nichts Wesentliches verändert. Die teil-/stationäre Versorgung des Landkreises wird vom Fachkrankenhaus in Bernburg abgesichert.

Es existiert im Landkreis ein differenziertes breit gefächertes komplementäres Versorgungsangebot für psychisch Kranke mit entsprechender Trägervielfalt. Die früher beschriebenen Defizite im Bereich Wohnen für Suchtkranke und nicht werkstattfähige geistige oder seelisch Behinderte konnten bisher noch nicht beseitigt werden.

Landkreis Wernigerode

Der Landkreis Wernigerode versorgt ca. 91.500 Einwohner. Seit 01.07.2006 gibt es ein gemeinsames Gesundheitsamt. Personelle Veränderungen hat es bis auf den Wegfall der fachärztlichen Stelle in Halberstadt nicht gegeben. Derzeit ist eine Vollzeit-Stelle ausgeschrieben. Die Außenstellen in den Landkreisen erfüllen zum Teil unterschiedliche Aufgaben, so ist in Halberstadt immer noch die direkte Beteiligung bei Einweisungen nach PsychKG erforderlich, im SpDi Quedlinburg wird noch die Suchtberatung durchgeführt. Am 01.07.2007 werden die drei Landkreise fusionieren; es ist zu hoffen, dass die Regelungen dann auch für alle Außenstellen gleich werden.

Die im vergangenen Jahr übergroße Beteiligung bei der Beratung von Klienten von der KOBA ist deutlich zurückgegangen, wobei offen ist, wer jetzt die psychosoziale Beratung für betroffene Hartz-IV-Empfänger durchführt. Problematisch ist weiterhin eine fehlende Struktur für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, es gibt weder einen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater noch teilstationäre oder stationäre klinische Einrichtungen in der Region. Im Erwachsenenbereich stehen ambulant vier Nervenärzte und vier Psychologen, die PIA am Klinikum in Blankenburg, sowie eine persönliche Ermächtigung am Diakoniekrankenhaus Elbingerode für Sucht zur Verfügung.

Die Situation in der psychiatrischen Abteilung im Harzkllinikum in Blankenburg hat sich noch nicht verbessert. Im Sommer 2006 ist ein neues Bettenhaus für die Geriatrie bezogen worden und zum Jahresende 2006 zog die Neurologie nach Wernigerode, wodurch nun Platz für die Psychiatrie an einem Standort geschaffen werde. Erhebliche Umbaumaßnahmen sollen noch in diesem Jahr beginnen und im nächsten Jahr einen Umzug aus den unzumutbaren Bedingungen vor allem im geschützten Bereich ermöglichen. Der Landkreis bietet eine breite Palette gut vernetzter komplementärer Angebote von stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten für Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung oder seelischer Behinderung infolge Sucht.

Für dementiell erkrankte Menschen gibt es in mehreren Altenpflegeeinrichtungen spezialisierte Bereiche, weitere Einrichtungen planen, noch im Jahr 2007 solche Bereiche einzurichten.

Besuche im Einzelnen

Seniorenwohnpark in Thale

Marseille-Klinik AG

Besuch am: 03.05.2006

Der Seniorenwohnpark Thale in Trägerschaft der Marseille-Klinik AG befindet sich im landschaftlich sehr schönen Bodetal. Der Bereich MEDINA mit 68 Plätzen ist speziell für die Betreuung von mobilen Demenzkranken vorgesehen. Der Baustil in runder Form mit Innenhof lässt Möglichkeiten der uneingeschränkten Bewegung der Bewohner zu. In kleinen Gruppen wird tagesstrukturierend mit gut geschultem Personal gearbeitet. Ein Kooperationsvertrag mit der PIA Blankenburg ermöglicht eine gute fachärztliche Betreuung. Als problematisch merkte die Leitung an, dass nach Prüfung durch den MDK ein Teil dieser Bewohner als nicht durch die PIA zu versorgen eingeschätzt wurde. Ihre fachärztliche Versorgung muss daher neu organisiert werden.

Der Bereich MEDINA wird belegt aus dem regionalen Einzugsgebiet. Einige Plätze waren zum Besuchszeitpunkt frei. Es musste festgestellt werden, dass hier auch mehrere Bewohner mit Korsakow-Syndrom sowie weiteren Erkrankungen, die nicht der Demenz zuzurechnen sind, betreut werden. Ihre Betreuung ist trotz der „Fehlbelegung“ als gut einzuschätzen. Anzumerken ist dazu, dass die Versorgungslandschaft in Sachsen-Anhalt für diesen Personenkreis nur ungenügende Angebote vorhält.

**Wohnheim an der Werkstatt für behinderte Menschen in Blankenburg
Gemeinnütziger Verein für Sozialeinrichtungen Blankenburg (Harz) e. V.**

Besuch am 03.05.2006

Die Wohneinrichtung hält ein angemessenes inhaltliches Angebot für die Bewohner vor. Die kleine überschaubare Einrichtung schafft einen familiären Charakter und ermöglicht den Bewohnern ein Stück mehr Individualität. Die Vielzahl der Freizeitangebote bietet den Bewohnern ausreichend Abwechslung. Die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter entspricht der gesetzlichen Aufgabenstellung. Es werden regelmäßige Fort- und Weiterbildungen von den Mitarbeitern genutzt. Supervision wird angeboten.

Die fachärztliche Betreuung der Bewohner ist insgesamt gut abgesichert. Die Facharztbesuche nach Wernigerode gestalteten sich zunehmend schwieriger, weil eine ständige Begleitung erforderlich ist und damit stark Personalkapazitäten gebunden werden. Im Interesse der Bewohner sollte die Einrichtung die Weiterentwicklung der Bewohner vordergründig sehen und nicht mit der Argumentation der Belegungssicherung blockieren. Hier ist verstärkt die konzeptionelle Arbeit in Richtung Verselbstständigung und Eigenverantwortung der Bewohner zu überdenken. An dieser Stelle bietet sich an, die Leistungspalette für die Bewohner zu erweitern und alternative Wohnformen (z. B. Betreutes Wohnen) zu entwickeln.

**ERAS Kreuzhilfe Thale, Werkstattbereich für Menschen mit seelischer Behinderung
Neinstedter Anstalten**

Besuch am 03.05.2006

Die aufgesuchte berufliche Eingliederungseinrichtung ERAS-Kreuzhilfe ist eine Werkstatt für Menschen mit wesentlich seelischen und seelischen und mehrfachen Behinderungen nach Leistungstyp 14 b. Die diakonische Einrichtung für Menschen mit Behinderungen ist als Zweigwerkstatt der „*teamwork-wfbm neinstedt*“ eine teilstationäre Einrichtung für den Landkreis Quedlinburg. Durch kompetente Anleitung, Betreuung und individuelle Beratung werden Erwachsene nach einer chronischen psychischen Erkrankung, die nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelbar sind.

Hier stehen offiziell 48 Plätze zur Verfügung, die allerdings mit derzeit 69 plus ehrenamtlicher Helfer stark überbelegt sind. Der großen Nachfragen nach Werkstattplätzen will sich die Einrichtung stellen, indem ein weiterer Standort eröffnet werden soll, welcher sich auf dem Gelände einer ehemaligen Maschinenbauhütte in Thale am Eingang zum Bodetal befindet. Es handelt sich um eine sehr gepflegte Einrichtung, in der behinderte Frauen und Männer betreut, begleitet und gefördert werden. Die fachliche, ärztliche und allgemeine Versorgung ist aufgrund des Engagements der Mitarbeiter und des Trägers sowie aufgrund der vernetzten Strukturen gesichert.

**Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Ballenstedt
Klinikum „Dorothea Christiane Erxleben“ Quedlinburg gGmbH**

Besuch am 07.06.2006

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sichert mit 80 Betten am Standort Ballenstedt und 20 Tagesklinikplätzen in Quedlinburg bei einer qualifizierten Personalbesetzung die fachgerechte Vollversorgung für Patienten der Landkreise Quedlinburg, Wernigerode, Halberstadt und die umliegenden Landkreise. Dabei sind die Bedingungen der PsychPV im Wesentlichen erfüllt. Durch interne Umstrukturierungen des Gesamtklinikums konnten die räumlichen Engpässe am Standort Ballenstedt beseitigt werden. Der geplante Ausbau von Funktionsbereichen und der Station für Psychotherapie wird die therapeutische Angebotspalette der Klinik erneut verbessern. Eine Erweiterung um zehn Betten für Psychotherapeutische Medizin ist vorgesehen.

Neben zahlreichen Konsilen für das Kreiskrankenhaus wird auch der Sozialpsychiatrische Dienst Quedlinburg durch zwei Oberärzte stundenweise in Honorartätigkeit unterstützt. Umliegende Heime der Behindertenhilfe werden fachärztlich beraten und unterstützt. Wegen Mangel an Fachärzten in der Region zeigen sich stark steigende Zahlen in der PIA.

Darüber hinaus konnte mit dem Wohnheim für seelisch behinderte Menschen das Komplementärangebot der Klinik ausgebaut werden.

Bedauerlicherweise ist es noch nicht gelungen, für den Nordharz wieder ein kinder- und jugendpsychiatrisches Behandlungsangebot einzurichten. Das Konzept hat in den Zukunftsplanungen aber weiterhin Bestand.

Die Kommission musste erneut feststellen, dass es zwischen den drei versorgenden psychiatrischen Kliniken der Region immer noch keine Abstimmung bezüglich ihrer Behandlungsschwerpunkte gibt.

**„Haus am Teich“, Wohnheim für seelisch behinderte Menschen in Ballenstedt
Klinikum Dorothea Christiane Erxleben Quedlinburg gGmbH**

Besuch am 07.06.2006

Die in der Kleinstadt Ballenstedt gelegene Einrichtung ist ein Wohnheim für 27 Frauen und Männer, die chronisch an einer psychischen Erkrankung leiden. Zwei der 27 Plätze werden im Besuchsmonat wieder belegt. Somit ist die Einrichtung dann voll belegt. Weiterhin stehen vier Plätze für Bewohner mit aggressiven und/oder selbstverletzenden Handlungen zur Verfügung. Das Wohnheim ist fachlich und ärztlich gut versorgt, nicht zuletzt wegen der räumlichen Nähe zur Psychiatrie Ballenstedt und der intensiven Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Institutsambulanz. Wegen dem Weggang aus Ballenstedt und der Konzentration der Fachärzte in der noch bestehenden Kreisstadt Quedlinburg sind längere Fahr- und Wartezeiten unumgänglich geworden.

Tagesstrukturierende Maßnahmen bestimmen den Ablauf im Haus. Wichtiger Bestandteil sind die therapeutischen Angebote. Das Wohnheim zeichnet sich durch ein aktives Heimleben aus, gefördert durch einen funktionierenden Heimbeirat. Neben dem öffentlich auftretenden Heimchor gibt es zahlreiche Freizeitangebote, wie Reiten, Schwimmen, Kino, Tanz oder Ausflüge.

**Caritas-Altenhilfezentrum „St. Antonius“ Aschersleben
Caritas-Trägersgesellschaft St. Mauritius gGmbH Magdeburg**

Besuch am 06.09.2006

Das Altenhilfezentrum „St. Antonius“ liegt in zentraler Lage von Ascherleben und bietet durch den Standort optimale Integrations- und Begegnungsstrukturen. Alte Fachwerkhäuser wurden saniert und durch einen architektonisch gut eingepassten Neubau komplettiert. In der Einrichtung werden 50 Bewohner betreut, davon sind mehr als die Hälfte gerontopsychiatrisch erkrankt. Die durch das Kuratorium der Deutschen Altenhilfe empfohlene Grundidee eines neuen Versorgungsansatzes für den gerontopsychiatrischen Bereich (Pflegeheim der 4. Generation) wurde umgesetzt. Gleichzeitig wird deutlich, dass dadurch in dieser Einrichtung eine große Akzeptanz für die Bewohner mit einer gerontopsychiatrischen Erkrankung zu verzeichnen ist. Durch die Modellausrichtung war es möglich, den ganzheitlichen Pflege- und Betreuungsansatz zu etablieren. Die Mitarbeiter verdeutlichen eine Vordenkerhaltung und fachliche Auseinandersetzung mit dem veränderten Bedarf und der notwendigen Weiterentwicklung in der Altenhilfe.

Die Kommission wertet die Arbeit in diesem Haus als ein exemplarisches Beispiel für die Pflegewelt und zukunftsweisend in der Umsetzung neuer Konzepte und Begleitungsansätze im Interesse alter psychisch kranker Menschen.

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Aschersleben in Aschersleben Landkreis Aschersleben-Staßfurt

Besuch am 06.09.2006

Unter schwierigen räumlichen Bedingungen leistet der Sozialpsychiatrische Dienst mit seinen beiden Stellen in Aschersleben und Staßfurt eine sehr gute Arbeit. Zusätzlich erschwert wird die Arbeit durch die fachliche Unterbesetzung im Landkreis. Nach Neubesetzung der freien Mitarbeiterstelle im Amtssitz Aschersleben und nach der Kreisgebietsreform am 01.07.2007 wird sich hoffentlich etwas ändern. Eine bürgernahe Versorgung soll dezentral durch das Weiterbestehen der derzeitigen Standorte der bisherigen Sozialpsychiatrischen Dienste auch im Großkreis gewährleistet werden.

Die Einrichtung einer Suchtberatungsstelle ist ebenso zwingend erforderlich wie eine flächendeckende Versorgung durch ambulant tätige Fachärzte für Psychiatrie u./o. Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichentherapeuten sowie die Einrichtung von Schwerpunktpraxen für Suchtkranke (u. a. Drogenabhängige).

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt in Halberstadt Landkreis Halberstadt

Besuch am 04.10.2006

Im Rahmen der Gründung des gemeinsamen Gesundheitsamtes am 01.07.2007 der Landkreise Wernigerode, Halberstadt und Quedlinburg wurde der SpDi Halberstadt zur Außenstelle. Damit sind bereits jetzt Betreuungen über die noch bestehenden Landkreisgrenzen hinaus möglich. Erfreulich ist, dass in Zukunft die Dienststellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes in den bisherigen Kreisstädten verbleiben sollen, somit ist die wohnortnahe Versorgung und Betreuung gewährleistet. Die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Blankenburg, den niedergelassenen Nervenärzten und Hausärzten ist gut.

Erschwerend in der Zusammenarbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste sind die unterschiedlichen Computerprogramme, die noch keinen gemeinsamen Standard haben und zum Besuchszeitpunkt noch nicht kompatibel sind. Es ist jedoch davon auszugehen, dass mit der Kreisgebietsreform die Computer vernetzt werden.

Unerfreulich ist die Tatsache, dass Notrufe akuter psychischer Krisen von der Rettungsleitstelle an das Gesundheitsamt weitergeleitet werden. Hier müssen dann die Mitarbeiter die ärztliche Versorgung organisieren. Ein Notarzteinsatz erfolgt nicht, wird vom Notarzt abgelehnt. Wiederholte Versuche einer anderen Regelung und Klärung scheiterten bisher. Obwohl Landrat und der leitende Notarzt vom Ausschuss zur Stellungnahme aufgefordert wurden, sind bis zum Redaktionsschluss keine Stellungnahmen eingegangen.

In den letzten Jahren hat es eine Zunahme der Erkrankungen bei über 65-Jährigen sowie eine verstärkte Inanspruchnahme der Unterbringung nach PsychKG LSA gegeben. Außerdem nimmt die Polizei nach der neuen Gewahrsamsordnung häufiger ärztliche Hilfe in Anspruch. In den Tagesstätten und „Betreutem Wohnen“ ist eine rückläufige Belegung der Plätze erkennbar. Ursache hierfür scheint das Nichtanerkennen der wesentlichen seelischen Behinderung durch den Rehapädagogischen Fachdienst (Sozialagentur) im Zusammenhang mit SGB II zu sein, obwohl in der amtsärztlichen Stellungnahme die Leistung befürwortet wird und eine wesentliche seelische Behinderung diagnostiziert wird. Erfreulich ist die Existenz eines Ambulant Betreuten Wohnens für geistig behinderte Mütter mit Kind seit Sommer 2006.

Diakonie-Werkstätten Halberstadt gGmbH

Diakonissen-Mutterhaus Cecilienstift Halberstadt u. Lebenshilfe Halberstadt e. V.

Besuch am 04.10.2006

Die Diakonie-Werkstätten Halberstadt gGmbH werden in Trägergemeinschaft vom Cecilienstift Halberstadt und der Lebenshilfe e. V. Halberstadt geführt. An vier Standorten werden 255 geistig behinderte, 49 seelisch behinderte und 40 taubblinde Menschen betreut. Die Standorte befinden sich überwiegend in einem Gewerbegebiet am Stadtrand mit guter Verkehrsanbindung. 2004 wurde ein Erweiterungsbau mit 60 Plätzen in Betrieb genommen, dort gibt es jetzt auch die Möglichkeit, Arbeiten für eine Medizintechnikfirma in einem Reinraum auszuführen. Die Palette der Arbeitsangebote reicht von Verpackung und Komplettierung über Garten- und Landschaftsbau bis zu Schlosserei und Tischlerei sowie der Buchbinderei. Die Einrichtung ist mit 255 behinderten Beschäftigten auf 240 Plätzen leicht überbelegt, gleicht dieses jedoch z. B. durch Außenarbeitsplätze aus. Die personelle Ausstattung ist ausreichend und orientiert sich an der tatsächlichen Belegung, Fort- und Weiterbildungen werden nach einem Fortbildungsplan durchgeführt.

Eine Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt ist nicht möglich. Die Klienten fühlen sich überfordert, zudem ist eine Rückkehr in die Werkstatt nahezu ausgeschlossen.

Eine ausführliche schriftliche Konzeption der Werkstätten konnte bei einem Besuch nicht vorgelegt werden. Diese sollte bis zum Jahresende vom Leiter der Werkstatt nachgereicht werden. Trotz mehrfacher Nachfrage ist dies leider nicht erfolgt.

Wohnstätten für Menschen mit geistiger Behinderung

Klusstiftung zu Schneidlingen und Groß Börnicke

Besuch am 01.11.2006

Das Wohnheim bietet seit 2003 mit den zwei Neubauten auf jeweils 20 Plätzen Betreuung und Förderung für geistig behinderte Erwachsene, milieugestörte und verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche an. Zur Stiftung gehören weiterhin eine Förderschule mit 45 Plätzen, die Tagesförderung, ein Wohnheim an WfbM mit 16 Plätzen und zwei stationär betreute Wohngruppen in Groß Brennecke und Schneidlingen für neun Bewohnern. Das Wohnheim liegt in ländlicher Gegend mit geringer Infrastruktur. Außenaktivitäten werden durch Fahrdienste geregelt, auch der ÖPNV ist nutzbar. Die neuen baulichen Bedingungen sind ausgezeichnet. Die Wohnbereiche sind gemütlich und individuell gestaltet, die Atmosphäre ist wohnlich und angenehm. Mit 75 % Fachpersonal ist die personelle Ausstattung qualitativ gut. Ergänzend kommen Honorarkräfte wie Musiktherapeuten und Theaterpädagogen zum Einsatz. Die fachpsychiatrische Versorgung ist durch einen Oberarzt der Klinik Ballenstedt abgesichert. Die darüber hinausgehende spezifische medizinische Versorgung erfolgt im Fachkrankenhaus Bernburg oder im Sozialpädiatrischen Zentrum Magdeburg. Lange Wartezeiten von sechs Monaten sind allerdings die Regel.

Durch den Schulbesuch, die Tagesförderung und den WfbM-Besuch wird nunmehr für alle Bewohner das Zwei-Milieu-Prinzip konsequent umgesetzt. Einige schwerst geistig Behinderte werden tagsüber auch in den Wohngruppen betreut. Schwierigkeiten gibt es bei Verhandlungen für einen erhöhten Personalschlüssel, der inzwischen häufiger erforderlich wird, da die aufgenommenen Kinder und Erwachsenen wesentlich auffälliger geworden und entsprechend intensiver zu betreuen sind.

Die Einrichtung ist im Versorgungsnetz der Region gut angenommen und ausgelastet.

Die Konzeption der Einrichtung überzeugt durch ihre personenzentrierte Ausrichtung. Betreffs freiheitsbeschränkender Maßnahmen konnten von der Kommission Hinweise zur Klärung gegeben werden. Der Aufbau von ambulant betreuten Wohnformen zur Vervollständigung der Betreuungskette der Bewohner sollte erneut in Angriff genommen werden.

Psychiatrische Tagesklinik in Aschersleben Kreiskliniken Aschersleben-Staßfurt GmbH

Besuch am 01.11.2006

Neuer Träger der Einrichtung ist seit Januar 2004 die Kreiskliniken Aschersleben-Staßfurt GmbH. Als weitere Veränderung ist festzuhalten, dass der Empfehlung der Besuchskommission im November 2003, bei zukünftigen Verhandlungen mit den Kassen auf die Einhaltung der PsychPV und die Besetzung der halben freien Arztstelle zu dringen, gefolgt wurde. Seit dem Mai 2005 ist zusätzlich eine Diplompsychologin in der Tagesklinik beschäftigt. Die Anzahl der tagesklinischen Plätze ist mit 25 konstant geblieben, sie ist regelmäßig voll ausgelastet, eine Erweiterung ist nicht beabsichtigt. Die Personalbesetzung wird von der Einrichtung als ausreichend bezeichnet. Für die anderen Abteilungen der Kreiskliniken werden sehr viele Konsile erbracht. Sie werden in der Personalbemessung im Wesentlichen berücksichtigt. Hervorzuheben sind die vielen ehrenamtlichen und unberechneten Leistungen der Tagesklinik, um im Interesse der Patienten die psychiatrische Versorgung im Einzugsgebiet aufrechtzuerhalten. Dabei ist die Tagesklinik für Akutpatienten immer ein Ansprechpartner, notwendige vollstationäre Versorgung wird vermittelt. Ursache für diese hohe Belastung im ambulanten Bereich ist die sehr schlechte ambulante Versorgungssituation in Aschersleben, der einzig niedergelassene Nervenarzt ist hoffnungslos überlastet. Die Baulichkeiten sind nach wie vor nicht zu beanstanden. Nicht zufriedenstellend ist, dass die Ermächtigungsprechstunden des Chefarztes organisatorisch vom Haus nicht ausreichend unterstützt werden. Die Kommission musste feststellen, dass weder ein Trägervertreter noch ein Vertreter des Landkreises beim Besuch der Besuchskommission anwesend war.

Wohnheim „Thomas Müntzer“ für Menschen mit seelischen Behinderungen Wernigerode

Gemeinnützige Gesellschaft für Sozialeinrichtungen mbH Wernigerode

Besuch am 06.12.2006

Das Heim vermittelt eine angenehme Wohnkultur, die Wohnräume wie auch die Gemeinschaftsräume erscheinen durchweg sauber und gepflegt, großzügig dimensioniert, bedürfnisgerecht und individuell gestaltet. Es ergab sich ein positiver Gesamteindruck. Das Wohnheim liegt am Stadtrand von Wernigerode auf einem großen Grundstück mit Wald und Wiese. Es bestehen sehr gute nachbarschaftliche Beziehungen, die Verkehrsanbindung an die Stadtlinie befindet sich in 10 Minuten Entfernung.

Die 27 Einzelzimmer und 8 Doppelzimmer sind vormöbliert, eine individuelle Möblierung ist möglich. Die Zahl der noch bestehenden Doppelzimmer sollte nach Auffassung der Kommission unter Berücksichtigung der beträchtlichen Verweildauer der Bewohner weiter reduziert werden, um möglichst allen ein Leben im eigenen Wohnbereich zu ermöglichen. Es besteht eine klare Tagesstrukturierung mit festen Angeboten in den Wohnbereichen und im Bereich der Tagesförderungen. Die Betreuung erfolgt durch ein Bezugspersonensystem. Der Personalschlüssel von 1:6 ist erfüllt, ist jedoch für eine individuelle Betreuung der seelisch behinderten Bewohner ungenügend.

Es gibt im Umgang zwischen Bewohnern und Mitarbeitern ein ausgewogenes Verhältnis von menschlicher Nähe und fachlicher Distanz. Die Ausrichtung auf mehr Selbstständigkeit gestaltet sich oft schwierig, da der personelle Aufwand individuelle Begleitung kaum zulässt. Die ärztliche Versorgung durch Haus- und Nervenärzte ist grenzwertig gewährleistet, die Zusammenarbeit mit den Kliniken der Region gut. Der Heimbeirat arbeitet aktiv.

Viele Bewohner leben bereits lange Jahre im Wohnheim. Dadurch tritt eine Gewöhnung ein, die ihnen einen Übergang ins Ambulant Betreute Wohnen schwierig macht. Hier sollte der Träger überlegen, ob er auch Angebote zwischen dem stationären und dem Ambulant Betreuten Wohnen aufbauen kann, z.B. durch eine betreute Außenwohngruppe oder Trainingswohnen.

Fachabteilung Gerontopsychiatrie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Fachklinikum Bernburg der SALUS gGmbH

Besuch am 14.02.2007

Die gerontopsychiatrische Abteilung mit 53 Betten ist auf drei Stationen verteilt, wobei eine als geschlossene Aufnahmestation mit 20 Plätzen arbeitet. Die Kooperationen mit dem Bernburger Klinikum, Pflegediensten, Tagesstätten u. ä. werden als gut beschrieben. Unterbringungen gegen den Willen von Patienten erfolgen rechtskonform. Die ärztliche Leitung hat in den vergangenen Jahren des Öfteren gewechselt. Aufgrund der Arbeitsmarktsituation war die Qualität der Besetzung nicht immer hervorragend, vor allem wenn sprachliche Barrieren die therapeutische Arbeit erschwerten. Dennoch entsprach nach Aussage der Direktorin die ärztliche Besetzung der Klinik immer den Anforderungen der PsychPV. Geeignete Maßnahmen, um die Personalsituation zu verbessern, wurden von der Geschäftsführung der SALUS gGmbH in die Wege geleitet. Erfreulich ist der Aufbau einer gerontopsychiatrischen Institutsambulanz. Darüber hinaus werden über 120 Patienten in acht Pflegeheimen betreut. Für die Klinik ist mit der derzeitigen ärztlichen Besetzung die Grenze des Machbaren erreicht. Von der Klinik wurde die Festlegung der Pflegestufe bei Demenzkranken kritisiert, insbesondere würden Betroffene mit leichtgradigen Demenzen keine Pflegestufe erhalten. Dadurch und weil die Heimversorgung psychiatrischer Patienten im Landkreis immer noch unzureichend ist, komme es zu steigenden Wiederaufnahmezahlen.

Fachabteilung Abhängigkeitserkrankungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Fachklinikum Bernburg der SALUS gGmbH

Besuch am 14.02.2007

Die Suchtklinik Bernburg unter Trägerschaft der SALUS gGmbH ist im regionalen und überregionalen Bereich ein etabliertes Leistungsangebot für Menschen mit Anhängigkeitserkrankungen. Die 48 Planbetten der Abteilung sind regelmäßig gut ausgelastet. Die medizinischen und therapeutischen Angebote ermöglichen eine sachgerechte medizinische Behandlung und komplexe Begleitung der Patienten. Das vorgehaltene interdisziplinäre Team im Suchtbereich verdeutlicht in hohem Maße die Möglichkeiten eines koordinierten Zusammenspiels von Mitarbeitern unterschiedlicher fachlicher Zugänge. Dies bildet ein gutes Fundament zur Sicherung der Qualität und der Erfolge für die Patienten. Auffallend ist, dass immer jüngere und schwerer erkrankte Patienten zur Entgiftung und Behandlung in die Klinik kommen. Die neuen Zuzahlungsregelungen für Patienten wirken sich nicht förderlich auf die Behandlung aus, denn es gestaltet sich dadurch immer schwieriger, die Patienten zur Inanspruchnahme der Therapie zu motivieren. Auch in der Nachsorge, besonders in der Betreuung drogenkranker Erwachsener, gibt es in der Region und landesweit noch erhebliche Lücken.

Suchtberatungsstelle Bernburg Diakonisches Werk Bethanien e. V.

Besuch am 14.02.2007

Die einzige Suchtberatungsstelle des Landkreises ist im Stadtkern von Bernburg in einem historischen Haus untergebracht. Sehr engagierte Mitarbeiter betreuen im Jahr über 200 Klienten, die aus der Stadt und dem Landkreis Bernburg kommen, mit einmaligen bis hin zu jahrelangen Kontakten. Die Zusammensetzung der Klienten hat sich in den letzten Jahren dahingehend verändert, dass vermehrt jugendliche Alkoholiker, drogensüchtige Kinder und Jugendliche und Frauen in der Beratungsstelle vorsprechen.

Die Mitarbeiter sind in den Facharbeitskreisen aktiv, Supervision und Fortbildungen werden angeboten und genutzt. Die Finanzierung der Beratungsstelle ist dagegen nach wie vor

schwierig, sie erfolgt nach aufwändiger jährlicher Beantragung durch das Land, die Stadt und den Landkreis Bernburg sowie den Träger, das Diakonische Werk Bethanien e. V. Eine ausreichende präventive Arbeit kann mit den derzeitigen personellen Möglichkeiten nicht gesichert werden. Außerdem wurde von den Mitarbeitern darauf hingewiesen, dass sich zu wenige Kliniken auf die Therapie für süchtige Kinder und Jugendliche eingerichtet haben.

Tagesstätte „Horizont“ und Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung in Halberstadt

AWO Soziale Dienste Halberstadt gGmbH

Besuch am 07.03.2007

Die beiden Einrichtungen Tagesstätte und Ambulant Betreutes Wohnen befinden sich an einem gemeinsamen Standort. Die Tagesstätte ist im Noch-Landkreis die einzige teilstationäre Tagesbetreuung für seelisch behinderte Menschen, die derzeit noch nicht oder nicht mehr einer Arbeit, Ausbildung oder sonstiger erwerbsmäßiger Beschäftigung nachgehen können. Die Tagesstätte verfügt über ausreichend schöne Räume, die für eine Dezentralisierung der Arbeit sorgen: Zwei bis drei Klienten pro Raum. Die Besucher der Tagesstätte kochen selbst. Es gibt zudem viele Sportangebote. Die Betroffenen werden von vielen Partnern zur Tagesstätte vermittelt, nur selten vom Gesundheitsamt. Die Kooperation mit dem Gesundheitsamt ist noch schwierig. Die an den Bedürfnissen der Klienten orientierte helle, wohnliche und freundliche Atmosphäre ist eine zu begrüßende Besserung gegenüber der vorherigen Raumsituation. Im Ambulant Betreuten Wohnen (ABW) wird trotz des unterdurchschnittlichen Tagessatzes eine gute Arbeit geleistet. Das ABW wird von Bewohnern aus der Stadt und dem Landkreis genutzt. Die unbegrenzt mögliche Platzzahl war zum Besuchszeitpunkt nur von zwölf Personen belegt.

Alle Mitarbeiter arbeiten in Teilzeit. Der Personalschlüssel beträgt in der Tagesstätte 1:6 und im ABW 1:12. In der Tagesstättenküche ist eine Mitarbeiterin als Ein-Euro-Jobberin befristet bis Sommer 2007 tätig, eine neue Besetzung ist ungewiss.

Dass es den Antragstellern in Sachsen-Anhalt nicht möglich ist, eine Kostenbewilligung für den Tagesstättebesuch und gleichzeitig für eine Betreuung im Ambulant Betreuten Wohnen zu bekommen, geht am tatsächlichen Hilfebedarf der Betroffenen vorbei. Ebenso bleibt zu prüfen, ob nicht auch für seelisch behinderte ALG-II-Empfänger eine Bewilligung des Tagesstättenbesuches möglich ist.

Caritaswohnstätte St. Josef-Haus, Heilpädagogisches Kinderheim Halberstadt

Trägersgesellschaft St. Mauritius gGmbH

Besuch am 07.03.2007

Die Wohnstätte ist eine überschaubare, fast familiär anmutende Einrichtung mit 48 Plätzen für schwer- und schwerstmehrfach behinderte Kinder und Jugendliche. Hier ist eine angenehme, herzliche Atmosphäre zu spüren, in der fachlich kompetente und qualifizierte Arbeit geleistet wird. Die zwischen ein- und 18-jährigen Kinder und Jugendlichen erhalten eine individuelle Förderung im Wohnbereich oder sie gehen in die GB-Schule. Nur wenige Eltern und Angehörige halten Kontakt zu ihren Kindern und Jugendlichen. Die meisten sind leider an einer Zusammenarbeit mit dem Betreuerteam nicht interessiert. Die Zusammenarbeit mit Ämtern, Behörden, Hausärzten, Fachärzten und Kinderklinik Halberstadt ist dagegen gut. Durch die inzwischen erfolgten Umbaumaßnahmen stehen nun größere und bessere Räumlichkeiten zur Verfügung, die eine deutlichere Berücksichtigung der individuellen Möglichkeiten der jungen Bewohner gestatten. Zum Besuchszeitpunkt wurde das lang gewünschte Pflege- und Bewegungsbad errichtet. In einzelnen Wohnbereichen sind noch weitere Renovierungsarbeiten erforderlich. Wünschenswert wäre es, endlich auch einen Snoezelenraum einzurichten.

Die Einrichtung wies darauf hin, dass mit den ausgehandelten Pflegesätzen ein Kompromiss gefunden werden musste, der aber die allgemeine Kostenentwicklung nicht deckte.

**Abteilung und Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Blankenburg
Harz-Klinikum Wernigerode-Blankenburg GmbH**

Besuch am 11. April 2007

Die Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Blankenburg ist eine von vier psychiatrischen Kliniken im zukünftigen neuen Harzkreis. Die Klinik mit 78 stationären und 35 tagesklinischen Plätzen stellt sich der Aufgabe, die Region der beiden bisherigen Landkreise Wernigerode und Halberstadt voll zu versorgen. Seit dem letzten Besuch der Kommission vor mehr als vier Jahren hat sich an den dort kritisierten räumlichen und sanitären Bedingungen, ausgenommen die Tagesklinik und die Gerontopsychiatrie, nichts wesentlich geändert. Die Situation wird von der Kommission als weiterhin unverträglich eingeschätzt. Auch die Personalsituation ist gemäß PsychPV noch immer nicht voll erfüllt.

Die Klinik ist regelmäßig voll ausgelastet, so dass ein Umbau längst hätte veranlasst werden müssen. Beim letzten Besuch der Kommission wurde zwar vom Träger über geplante Umstrukturierungen und Baumaßnahmen informiert, doch die Psychiatrie hat bisher davon nicht profitieren können. So muss die Kommission ihren damaligen Eindruck erneuern, dass der Bereich Psychiatrie in der Planung des Kreiskrankenhauses Blankenburg an den Rand gedrängt wird. Es bleibt abzuwarten, wie unter den aktuellen Bedingungen eine Vollversorgung weiter gewährleistet werden soll.

Bericht der Besuchskommission 5

Vorsitzender Herr Dr. med. Bernd Langer, Stellv. Vorsitzende Frau Kerstin Reuter

Kreisfreie Stadt Halle/Saale und Landkreis Saalkreis

In den vergangenen Jahren wurde die Situation der psychiatrischen Versorgung in der Stadt Halle und dem umliegenden Landkreis Saalkreis stets gemeinsam dargestellt, da eine Koordination im Rahmen der PSAG Halle-Saalkreis erfolgt und die vorhandenen Einrichtungen auch von Bewohnerinnen und Bewohnern beider Gebietskörperschaften genutzt werden. Im vorliegenden Bericht wird an dieser Praxis letztmalig festgehalten, es wird zukünftig aufmerksam zu verfolgen sein, welche Auswirkungen die Kreisgebietsreform in dieser Versorgungsregion hat. Nach wie vor wird die psychiatrische Pflichtversorgung gemeinsam durch die Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und durch das Psychiatrische Krankenhaus Halle wahrgenommen. Die Sozialpsychiatrischen Dienste sowohl der Stadt Halle als auch des Saalkreises stehen nunmehr unter fachärztlicher Leitung. Im Berichtszeitraum hat sich die positive Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Region insgesamt fortgesetzt. Dabei erforderte allerdings die veränderte Interpretation der Rechtslage durch die Sozialagentur im Bereich der Gewährung ambulanter Leistungen der Eingliederungshilfe einerseits flexibles Reagieren bei den Leistungserbringern und die Entwicklung innovativer Angebote, andererseits wurde der Zugang zum Ambulant Betreuten Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen infolge Sucht zeitweise erschwert. Auf dem Gebiet der gerontopsychiatrischen Versorgung, die entsprechend der Maßgabe des Psychiatrieausschusses auch in dieser Berichtsperiode einen Tätigkeitsschwerpunkt der Besuchskommission bildete, war eine insgesamt ausreichende Versorgung festzustellen, wobei bei einem hohen Anteil von Bewohnern an gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern in der Mehrzahl der besuchten Einrichtungen zunehmend spezialisierte Angebote vorgehalten bzw. geschaffen werden. Die Situation der fachärztlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychologisch psychotherapeutischen Versorgung in Halle ist, auch durch die Niederlassung mehrerer psychologischer Psychotherapeutinnen in den letzten Monaten, stabil. Es zeigt sich jedoch nach wie vor ein starkes Gefälle zum Saalkreis.

Landkreis Merseburg-Querfurt

Im Berichtszeitraum haben sich keine gravierenden Veränderungen der Versorgungssituation ergeben. Mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Querfurt und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Merseburg existiert ein angemessenes stationäres Versorgungsangebot. Die Versorgungsdichte im ambulanten Sektor ist gering, insbesondere wegen des Defizits an niedergelassenen Psychotherapeuten. Stationäre komplementäre Hilfeformen werden hinsichtlich Platzkapazität und Betreuungsangebot schrittweise weiterentwickelt, während ambulante komplementäre Einrichtungen insbesondere im Bereich der Suchtkrankenversorgung weitgehend fehlen. Zur Entwicklung nach der Kreisgebietsreform sind bislang keine konkreten Überlegungen erkennbar.

Besuche im Einzelnen:

Altenpflegeheim Bad Dürrenberg

Arbeiter-Samariter-Bund, Kreisverband Merseburg-Querfurt e. V.

Besuch am 03.05.2006

Das ASB-Pflegeheim Bad Dürrenberg mit seinen derzeit 182 Betten für pflegebedürftige alte Menschen befindet sich in einer Umbauphase. Ein Ersatzneubau wurde bereits 2002 mit 80 Plätzen für alte pflegebedürftige Menschen geschaffen. 2006 erfolgte der Baubeginn des Ersatzneubaus für die noch verbleibenden beiden dringend sanierungsbedürftigen Altbauten, so dass nach Fertigstellung 2009 eine Platzkapazität von nur noch 162 Plätzen im Bereich der Altenpflege vorhanden sein wird. Die Bewohner ließen keinen Zweifel daran, dass sie sich in der Einrichtung wohl fühlen. Die Einrichtungsleitung selbst arbeitet nach einem integrativen Konzept, allerdings mit bestimmten Ausschlusskriterien (ausgeprägte Weglauftendenz), damit eine solche Arbeitsweise bei dem hohen Prozentsatz gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner (derzeit ca. 44 %) auch sichergestellt werden kann. Es erscheint bereits jetzt absehbar, dass dieses Konzept auf Dauer nicht praktiziert werden kann, abgesehen von der damit verbundenen für den Ausschuss inakzeptablen Auswahl gesünderer Bewohner. Die ambulante fachärztliche Betreuung ist nicht in ausreichendem Maße gewährleistet. Die Einrichtung mit dem funktionierenden Nebeneinander von Altenpflege und Behindertenpflege ist ein Unikat, das aus der Geschichte resultiert und nur durch das hohe Engagement der Einrichtungsleitung geführt werden kann.

Wohnheim für geistig und mehrfach behinderte Menschen in Bad Dürrenberg

Arbeiter-Samariter-Bund, Kreisverband Merseburg/Querfurt e. V.

Besuch am 03.05.2006

Das ASB-Pflegeheim Bad Dürrenberg mit seiner Einrichtung für geistig und mehrfach behinderte Menschen erfüllt Leistungen der Eingliederungshilfe in Kombination mit Pflegeleistungen für die behinderten Heimbewohner. Ursprünglich verfügte die Einrichtung über 89 Plätze. Diese wurden durch die begonnenen Um- und Ausbaumaßnahmen bereits um zwei Plätze reduziert. 66 Menschen leben mit einer geistigen Behinderung in dieser Einrichtungsart, 15 haben eine körperliche Behinderung und vier Bewohner sind seelisch behindert. Nach Abschluss der Baumaßnahmen Ende 2008/2009 soll das Wohnheim über eine verbesserte Ausstattung verfügen. Dann wird es eine Trennung zwischen Altenpflegeheim und Wohnheim für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in den Häusern geben. Die Gesamtkapazität wird auf 77 Plätze reduziert werden.

Die Besuchskommission begrüßt die geplanten Veränderungen und unterstützt den dringend nötigen Um- und Neubau. Seit dem letzten Besuch hat sich hinsichtlich der psychiatrisch/nervenärztlichen Betreuung nichts verbessert. Zu diesem unhaltbaren Zustand kommt hinzu, dass aus Kostengründen beispielsweise Arztkonsultationen bei weiter entfernt praktizierenden Fachärzten nicht stattfinden. In der Einrichtung sind keine Dipl.-Psychologen beschäftigt. Darüber hinaus scheint die Betreuung von geistig und mehrfach behinderten Menschen in Krankenhäusern ein übergreifendes Problem mit Diskussionsbedarf zu sein. Ansonsten konnte sich die Besuchskommission von einer fachlich guten Einrichtung überzeugen, der es gelungen ist, die beiden verschiedenen Einrichtungstypen Altenhilfe und Behindertenhilfe in einem Komplex zu vereinen.

CURANUM-Pflegeheim Heide-Nord in Halle
CURANUM-Betriebs GmbH

Besuch am 07.06.2006

In der den Besuch abschließenden Bewertung wurde der Heimleitung der durchaus positive Gesamteindruck der Besuchscommission vermittelt. Das Heim bietet mit seinen individuell gestalteten, modern ausgestatteten Räumen außerordentliche günstige Bedingungen. Die Bewohnerschaft vermittelt einen Eindruck der Zufriedenheit, der nicht zuletzt auf eine möglichst individuelle Betreuung zurückzuführen sein wird. Insgesamt herrscht im Haus eine entspannte Atmosphäre. In vorbildlicher Weise wird der Dienst am nicht unbedingt psychisch kranken alten Menschen versehen.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Querfurt
Carl-von-Basedow-Klinikum Merseburg-Querfurt

Besuch am 06.09.2006

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Querfurt verfügt über 95 vollstationäre Betten und 25 tagesklinische Behandlungsplätze. Eine Psychiatrische Institutsambulanz und die Ermächtigungsambulanz ergänzen das Angebot. Die Klinik arbeitet nach einem ganzheitlichen Therapieansatz mit Einzel- und Gruppengesprächen, Gestaltungs-, Musik- und Maltherapie (Ergotherapie, Soziotherapie) mit Training für die Krankheits- und Alltagsbewältigung. Durch die Einbeziehung von Familienangehörigen in den Therapieprozess und durch die enge Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst, den Hausärzten sowie regionalen Selbsthilfegruppen ist die Klinik bemüht, optimale Bedingungen für die Genesung und die gesellschaftliche Rehabilitation zu schaffen. Das gesamte Mitarbeiterteam arbeitet engagiert, und das Mitspracherecht in der Planungsphase des Klinikums zeugt davon, dass inhaltliche Arbeit mit der Anlage einzelner Funktionsräume zum Wohle des Patienten von Anfang an in Einklang gebracht wurde. Der abgeschlossene Prozess der Qualitätszertifizierung hat wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsweise der Klinik. Die Tagesklinik für Suchtkranke verfügt über ein motivationsförderndes Konzept, auf Grund der niedrigen budgetierten Verweildauer kann dieses Potential jedoch nicht in vollem Maß ausgenutzt werden.

Intensiv Betreutes Wohnen Landsberg
Trägerwerk Soziale Dienste in Sachsen-Anhalt e. V.

Besuch am 04.10.2006

Mit dem Intensiv Betreuten Wohnen schuf der Träger für 16 behinderte Menschen, die eine Werkstatt besuchen, ein auf ihre individuellen Möglichkeiten ausgerichtetes Betreuungsangebot. Es handelt sich hierbei um einen sinnvollen Baustein zwischen Heilpädagogischem Kinder- und Jugendheim und Betreutem Wohnen. Das Konzept orientiert auf die Befähigung zu einem weitgehend selbstständigen Leben. Das Personal ist gut ausgebildet und motiviert. Regelmäßige Fortbildungen finden unter anderem über die trägereigene Akademie „Rosenhof“ statt. Die Einrichtung fügt sich in ein gut strukturiertes Gesamtangebot ein. Die Versorgung durch 3 niedergelassene Psychiater in Halle ist vorbildlich.

Wohnheim für Erwachsene mit wesentlichen geistigen und geistig mehrfachen Behinderungen „Siedlung am Park“ in Oppin

**Der Paritätische Wohlfahrtsverband Landesverband Sachsen-Anhalt e. V.,
Paritätisches Sozialwerk Behindertenhilfe**

Besuch am 04.10.2006

Die Besuchskommission hat eine Einrichtung mit 40 Plätzen besucht. Die Einrichtung „Siedlung am Park“ präsentiert sich im freundlichen, wohnlich einladenden Charakter. Durch einen vollzogenen Einrichtungsleitungswechsel 2004 ist ein positiver Veränderungsprozess spürbar, welcher fortgesetzt werden soll.

Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung der Bewohner sollen die neue Arbeitsbasis bestimmen. Die Wahl eines Heimbeirates 2005 unterstreicht diesen Ansatz. Das therapeutische und tagesstrukturierende Angebot ist für die Bewohner angemessen gestaltet, eine Erweiterung des Therapieangebotes (Integration Therapeutischen Reitens) wird angestrebt. Ebenso wurde die bereits bestehende außergewöhnliche Angebotsvielfalt an Fort- und Weiterbildung weiter ausgebaut. Dies wird von der Besuchskommission als idealtypisch eingeschätzt. Wünschenswert wäre es, parallel ein adäquates Supervisionsangebot aufzubauen.

Der „Prozess der Entflechtung“ wurde im April 2005 abgeschlossen, die bis dahin in der Einrichtung lebenden Bewohner, die werkstattfähig sind, zogen in Wohnheime an Werkstätten um.

Bei der Bearbeitung von Anträgen durch den Reha-Pädagogischen Fachdienst zur Kostenanerkennung im Rahmen der Höherstufung der Pflege- und Betreuungsstufe für Bewohner traten außergewöhnliche Zeitverzögerungen bis zu 12 Monaten auf. Obgleich bekannt ist, dass die örtlichen Sozialämter die Entscheidung zu treffen haben, sind dennoch Entscheidungen erst nach Rückmeldung der Sozialagentur getroffen worden. Unter diesen Umständen kann einer individuellen, bedarfsgerechten Versorgung durch Erhöhung des Personalschlüssels kaum Rechnung getragen werden. Die Besuchskommission empfiehlt eine klare Auseinandersetzung mit dem Kostenträger.

Altenpflegeheim „Paracelsushof“ in Halle

Unternehmensgruppe Burchard Führer Heimservice GmbH

Besuch am 08.11.2006

Das Seniorenheim Paracelsushof ist mit 39 Plätzen eine eher kleinere Einrichtung. Gestaltung und Pflegekonzeption vermitteln einen individuellen auf die Bedürfnisse der Nutzer zugeschnittenen Eindruck. Rund ein Drittel der Bewohner des vor fünf Jahren eröffneten Heimes leidet an einer gerontopsychiatrischen Störung. Ein spezieller Bereich für die Pflege von Bewohnern mit Demenz wurde eingerichtet. Durch aktivierende Pflege und ergotherapeutische Betreuung wird deren Bedürfnissen Rechnung getragen. Die ambulante nervenärztliche Versorgung erscheint durch Kooperation mit zwei niedergelassenen Nervenärzten optimal. Insgesamt beurteilt die Besuchskommission die privatwirtschaftlich arbeitende, schöne und fachlich gut geführte Einrichtung als ein Heim mit hohem pflegerischen Standard und großer Individualität. Eine weitere Verbesserung wäre durch eine Anhebung des Personalschlüssels zu erreichen.

DROBS Halle, Jugend- und Drogenberatungsstelle und Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit Suchterkrankungen in Halle
Der PARITÄTISCHE Sachsen-Anhalt, PSW Behindertenhilfe
Besuch am 08.11.2006

Die DROBS stellt ein wichtiges Projekt zur Bekämpfung von Drogenmissbrauch in der Region dar. Die Einrichtung ist erkennbar bemüht, trotz knapper Kassen ein situationsgerechtes Angebot für ihre Klientel zu entwickeln. Als Schwerpunkt widmet sich die Beratungsstelle dem Bereich der illegalen Drogen.

Problematisch stellt sich nach Aussage der Einrichtung die Zusammenarbeit mit der Sozialagentur, dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe, dar. Durch die Einrichtung wurden gegenüber der Besuchskommission die überaus langen Bearbeitungsdauern von Leistungsanträgen ihrer Klienten durch die Sozialhilfeträger bemängelt und das Fehlen von nachvollziehbaren Entscheidungskriterien. Es wurde ein Zusammenhang mit der Praxis mancher örtlicher Sozialhilfeträger gesehen, Entscheidungen erst nach einem abschließenden Votum der Sozialagentur zu treffen.

Bedauert wurde die Einstellung der von der DROBS früher geleisteten Haftbetreuungen. Die aktuell im Ministerialblatt veröffentlichte Vorschrift des Justizministeriums zum Thema „Interne Suchtarbeit im Justizvollzug des Landes Sachsen-Anhalt“ vom 06.10.2006 lässt jedoch hoffen, dass auch seitens der Justiz Bemühungen entwickelt werden, auf eine ganzheitliche Betreuung der suchtkranken Inhaftierten, auch vor und nach dem Haftaufenthalt, hingewirkt wird.

Die Situation der Substitutionstherapie in der Stadt Halle gestaltet sich dank der Kooperation mit Arztpraxen aus Halle nach Auskunft der DROBS gut. Problematisch sei die Situation im Umland. Dort ist es erforderlich, dass sich auch die Kommunen und andere öffentliche Stellen im Rahmen ihrer Möglichkeiten in den Betreuungsprozess einschalten, um die mit der Drogenszene verbundenen psychosozialen Probleme zu mindern. Dabei wird auch die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zur Sicherstellung der ambulanten Therapie Drogenabhängiger betont.

Wohnheim für Menschen mit seelischer Behinderung infolge Sucht „Haus Domizil“, Stationär betreutes Wohnen am Wohnheim für Menschen mit seelischer Behinderung infolge Sucht „Die Brücke“, in Merseburg
Soziales Betreuungswerk gGmbH
Besuch am 06.12.2006

Das von der Besuchskommission aufgesuchte Wohnheim „Domizil“ und das stationär betreute Wohnen „Die Brücke“ befinden sich direkt im Stadtgebiet in Merseburg an der B 91. Es ist somit gut erreichbar gelegen. Die Einrichtung macht sowohl im Haus selbst als auch in den Außenanlagen einen für ihren Zweck geeigneten Eindruck. Die gesamte Anlage wirkt trotz der allgegenwärtigen Belastung durch Tabakrauch gepflegt und für 40 Bewohner passend. Das Haus ist in der Zwischenzeit behindertengerecht ausgestattet durch einen Fahrstuhl.

Die Besuchskommission konnte den Eindruck gewinnen, dass sich das Personal engagiert um die Bedürfnisse der Bewohner des Heimes kümmert. Mehr Augenmerk sollte auf die Aktivierung der Bewohner unter Nutzung der vorhandenen Möglichkeiten (Fitnessraum, Ergotherapie) gelenkt werden. Sehr positiv ist die offensichtlich gute kontinuierliche ärztliche, insbesondere auch fachärztliche Betreuung der Heimbewohner.

Insgesamt konnten wir Endzustände schwerstbehinderter Menschen infolge von Sucht in der Einrichtung erkennen, so dass mehr als ein Viertel der Bewohner bereits länger als neun Jahre in der Einrichtung leben. Gleichwohl gibt es auch Bewohner, die nicht ganz so schwer erkrankt sind. Deshalb sollte der Träger sich wesentlich stärker auch im Bereich der Nachsorge engagieren und insbesondere ambulante Strukturen für Menschen mit seelischen und seelischen mehrfachen Behinderungen infolge Sucht im Bereich des ambulant betreuten Wohnens und der Tagesstrukturierung schaffen.

**Kontakt- und Beratungsstelle des „Stadtinsel“ e. V. Halle
mit Ambulant Betreutem Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung
„Stadtinsel“ Halle e. V.
Besuch am 21.02.2007**

Der Verein „Stadtinsel“ e. V. repräsentiert mit seiner psychosozialen Kontaktstelle, dem Ambulant Betreuten Wohnen und der Betreuung zumeist älterer Menschen mit demenziellen Erkrankungen einen wesentlichen Teil komplementärer Strukturen in der regionalen Versorgung psychisch kranker und seelisch beeinträchtigter Menschen. Die Besuchskommission konnte sich von qualifizierten und einsatzbereiten Mitarbeitern überzeugen. Die räumlichen und materiellen Voraussetzungen sind angemessen, und die inhaltlichen Angebote des Vereins ergänzen die Versorgung im Bereich Halle, Landkreis Saalkreis und Landkreis Merseburg-Querfurt.

Den zukünftigen Herausforderungen, Schaffung eines „Integrativen Demenz-Zentrums“, stellt sich der Träger offen und engagiert, auch mit dem Ziel, von öffentlichen Mitteln langfristig unabhängig zu werden.

Es bleibt zu hoffen, dass es gelingt, in gemeinsamen Gesprächen mit den Kostenträgern zu einer zukunftsweisenden Vereinbarung in den einzelnen Leistungsangeboten zu kommen.

**Alten- und Pflegeheim Drosselweg, Halle
AWO Altenhilfe Halle (Saale) gGmbH
Besuch am 21.02.2007**

Das Alten- und Pflegeheim „Drosselweg“ ist eine vielleicht ökonomisch nicht ganz günstige, aber fachlich sehr vernünftige Einrichtung, die mit ihren 24 Plätzen und ausschließlichen Einzelzimmern eine sehr persönliche Atmosphäre ausstrahlt. Die Einrichtung arbeitet nach einem Hausgemeinschaftskonzept und hat sich besonders auf einen gerontopsychiatrischen Betreuungsbedarf eingestellt. Es gibt einen hohen Anteil an Fachpersonal und durch kontinuierliche Fortbildungen zu gerontopsychiatrischen Themen wird dieses ständig geschult. Neben dem Hausgemeinschaftskonzept gibt es eine sehr gut ausgestattete Ergotherapie mit einem hohen Anteil aktivierender Angebote, die insgesamt zu einem positiven Gesamtbild beitragen. Die ärztliche sowie nervenärztliche Versorgung ist ausgesprochen gut. Eine niedergelassene Nervenärztin aus Halle kommt in regelmäßigen Abständen in die Einrichtung und führt gemeinsame Visiten mit dem Personal durch. Obwohl die Einrichtung erst seit einem Jahr tätig ist, wird erfolgreich versucht, den Bedürfnissen der Bewohner mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen insgesamt gerecht zu werden.

Cura-Seniorenzentrum Halle-Silberhöhe GmbH
Cura Seniorenwohn- und Pflegeheime Dienstleistungs-GmbH
Besuch am 07. März 2007

Die Cura Seniorenzentrum Halle-Silberhöhe GmbH ist ein Altenpflegeheim mit 230 Plätzen, sämtlich in Einzelzimmern. Es handelt sich um ein in den Jahren 2001 bis 2003 komplett modernisiertes Heim, in welchem in zwei Bettenhäusern ausschließlich Einzelzimmer, etwa die Hälfte davon mit eigenem Balkon, zur Verfügung stehen. Die hervorragenden baulich-räumlichen Gegebenheiten und die hohen fachlich-pflegerischen Standards gewährleisten, dass die Einrichtung einen wichtigen Platz in der Versorgung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen wahrnehmen kann. Rund 51 % der Bewohner leiden an einer gerontopsychiatrischen Störung. Das Heim hat sich herauf mit einer Vielzahl tagesstrukturierender aktivierender und motivierender Pflege- und Betreuungsmaßnahmen eingerichtet, insbesondere unter Einbeziehung der Ergotherapie. Durch Kooperation mit einer in der Nachbarschaft tätigen niedergelassenen Nervenärztin erscheint die fachärztliche Versorgung ausreichend gewährleistet. Besonders hervorzuheben ist die Absicht des Trägers, in den Jahren 2007 und 2008 zwei Wohnbereiche von je 23 Plätzen als spezialisierte Wohn- und Pflegebereiche für Bewohner mit demenziellen Erkrankungen auszuweisen, da eine integrative Betreuung bei einem derart hohen Anteil gerontopsychiatrisch kranker Bewohner nicht mehr möglich ist. Ein höherer Kostensatz für die Spezialbereiche wird nicht vereinbart, um die damit verbundene Ablehnung durch Bewohner bzw. Angehörige zu vermeiden. Wünschenswert wäre die stärkere Einbindung der Einrichtung in das Netzwerk der regionalen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, zumal die Einrichtung die hohen Standards des bundesweit operierenden privaten Trägers gerade im Hinblick auf die Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner sehr gut umsetzt.

„Tagesstätte Halle“ für Menschen mit seelischen Behinderungen infolge Sucht, Halle Volkssolidarität Verwaltungs-gGmbH Sachsen-Anhalt
Besuch am 07. März 2007

Nach einem Umzug 2005 befindet sich das Sozialtherapeutische Zentrum (Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen infolge Sucht) nunmehr in südlicher Lage zwischen dem Stadtteil Silberhöhe und dem Wohngebiet Rosengarten.

Die Tagesstätte erweiterte Anfang 2004 ihre Kapazität auf 30 Plätze, derzeit sind jedoch nur 16 Plätze belegt. Dies sei auf Erschwernisse (lange Wartezeiten bei Antragstellung und unverhältnismäßiger hoher bürokratischer Aufwand) in der Bewilligungspraxis des Sozialhilfeträgers zurückzuführen. Lösungsorientiert und flexibel hat sich die Einrichtung an diese Entwicklung angepasst. Durch Erweiterung des eigenen Handlungsspektrums mit Konzentration auf Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 16 SGB II hält die Einrichtung unterschiedliche Angebote in einer Art „Baukastensystem“ vor. Neben psychosozialer Begleitung mit Tagesstruktur stehen ein Arbeitsbeschaffungsmaßnahmeprojekt und die Möglichkeit der Arbeitsgelegenheit in Gruppen- und Einzelmaßnahmen (Ein-Euro-Jobs). Das ABM-Projekt dürfte bundesweit das Einzige dieser Art sein. Ab dem 01.03.2007 hält der Träger der Einrichtung das Intensiv Betreute Wohnen mit kombinierter Tagesförderung vor. Die Kapazität der betreuten Wohnform wird künftig auf 20 Plätze ausgerichtet. Die Räumlichkeiten der Tagesstätte sollen zukünftig als Kontaktstelle für die Bewohner des IB genutzt werden. Die Einrichtung stellt sich sehr marktanpassungsfähig dar und entwickelt neue Ideen im Interesse des angesprochenen Klientels. Die Besuchskommission begrüßt die Flexibilität und das Engagement der Mitarbeiter der Tagesstätte sehr. Die Arbeit der Tagesstätte ist von hohem Engagement und starker Mitarbeitermotivation geprägt.

Bericht der Besuchskommission 6

Vorsitzender Herr Kai-Lars Geppert, Stellv. Vorsitzende Frau Dr. med. Steffi Draba

Aktuelle Entwicklungstendenz in den besuchten Landkreisen

Die Besuchskommission ist für den Burgenlandkreis und die Landkreise Sangerhausen, Weißenfels und Mansfelder Land zuständig.

Der Burgenlandkreis und der Landkreis Weißenfels werden nach der Kreisgebietsreform einen neuen Landkreis bilden. Ebenso werden das Mansfelder Land und der Landkreis Sangerhausen einen gemeinsamen Landkreis bilden. Vor diesem Hintergrund finden Absprachen und die Anbahnung von Vereinbarungen statt, welche das Ziel haben, die Versorgungslandschaft zukünftig gemeinsam zu gestalten. Durch den Zusammenschluss entstehen auf dem Papier mitunter günstige Konstellationen, wie die Besetzung der Sozialpsychiatrischen Dienste mit Fachärzten auf Honorarbasis oder die Versorgung der Region mit einem modernen psychiatrischen Krankenhaus. Ob und in wieweit die scheinbare Verbesserung bei den Menschen der neu entstandenen Landkreise ankommt, wird durch die Besuchskommission in den kommenden Monaten und Jahren zu erheben sein.

Die weiterhin prekäre Lage der ambulanten fachärztlichen Versorgung in allen Landkreisen ist unverändert. Oft müssen psychisch kranke Menschen lange Wege und nahezu alle lange Wartezeiten auf sich nehmen. Dies ist eine Situation, die dringend einer Änderung bedarf.

Auffällig ist, dass sich in allen Landkreisen die bestehenden Angebote überwiegend auf einem guten Niveau befinden. Allerdings entstehen aus Sicht der Besuchskommission keine neuen, insbesondere innovativen ambulanten Lösungsansätze. Welche Gründe dafür verantwortlich sind, konnte nicht allgemeingültig aufgeklärt werden. Erkennbar ist allerdings schon, dass die Landkreise, welche sich mit koordinierenden Gremien und der regionalen Psychiatrieplanung auseinandersetzen, sich von den anderen Regionen deutlich positiv abheben.

Burgenlandkreis

Der Burgenlandkreis mit gegenwärtig ca. 135.000 Einwohnern wird am 01. Juli 2007 mit dem Landkreis Weißenfels zusammengeführt und danach ca. 210.000 Einwohner haben. Diese beiden Landkreise bringen unterschiedliche Kompetenzen und Ressourcen ein. Für den Burgenlandkreis mit einer funktionierenden Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, einem modernen psychiatrischen Krankenhaus und einer Vielzahl von komplementären Angeboten besteht die Herausforderung in der Integration der Träger und Angebote aus dem Landkreis Weißenfels.

Dass eine moderne psychiatrische Klinik nicht wie vorgesehen die Bettenzahl der zu versorgenden Region erreicht und nun mit 80 Betten deutlich unter dem empfohlenen Wert liegt, ist nicht nachvollziehbar.

Landkreis Weißenfels

Der Landkreis Weißenfels mit ca. 75.000 Einwohnern hat sich in der Anzahl seiner Angebote unwesentlich verändert, wohl auch wissend, dass mit der Kreisgebietsreform eine Vielzahl von Trägern und Angeboten aus dem Burgenlandkreis ihre Kompetenz in den gemeinsamen Landkreis einbringen werden. Erwähnenswert ist eine sachliche Weiterentwicklung des Sozialpsychiatrischen Dienstes und eine Umstrukturierung mit dem Ziel einer größeren Bürgernähe. So wird das Gesundheitsamt mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst bis 2008 in ein modernisiertes Verwaltungsgebäude umziehen.

Landkreis Sangerhausen

Der Landkreis Sangerhausen mit ca. 64.000 Einwohnern hat im zurückliegenden Besuchszeitraum keine wesentlichen Änderungen seiner Angebote vollzogen. Bemerkenswert ist dennoch, dass sich nach anfänglichen, verwaltungsbedingten Schwierigkeiten ein Träger dem Ambulant Betreuten Wohnen zugewendet hat und nun auch anbietet. Der Träger beabsichtigt, sein Angebot weiter auszubauen und dann über die bisherigen Kreisgrenzen hinaus Ambulant Betreutes Wohnen anzubieten.

Landkreis Mansfelder Land

Der Landkreis Mansfelder Land mit ca. 100.000 Einwohnern hat im zurückliegenden Besuchszeitraum keine wesentlichen Änderungen seiner Angebote vorgenommen. Der Landkreis hat eine psychiatrische Klinik, die psychiatrische Fachkompetenz des Sozialpsychiatrischen Dienstes wird durch eine Fachärztin aus Halle auf Honorarbasis mit 10 Stunden im Monat eingebracht. Nach aktuellem Kenntnisstand der Besuchskommission wird sich die personelle Ausstattung mit Sozialarbeitern im Sozialpsychiatrischen Dienst des neuen Landkreises weiter verschlechtern. Da beide Landkreise (Mansfelder Land und Landkreis Sangerhausen) eine ohnehin bescheidene sozialpsychiatrische Landschaft haben, können wir diese Entwicklung nicht nachvollziehen und nicht akzeptieren. Bedauerlich ist auch, dass es kein gestaltendes und koordinierendes Gremium im Landkreis gibt. Vom Landkreis liegt inzwischen eine regionale Psychiatrieplanung vor, die als gute Grundlage für die weitere Arbeit im neuen, mit der Region Sangerhausen vereinigten Landkreis genutzt werden kann.

Besuche im Einzelnen:

Werkstatt für seelisch behinderte Menschen in Neckendorf Lebenshilfe Mansfelder Land e. V.

Besuch am 10.05.2006

Die Werkstatt für Menschen mit seelischen Behinderungen in Neckendorf ist mit ihrer Gesamtkapazität von 42 Plätzen die einzige ihrer Art im Landkreis. Sie liegt inmitten des Ortsteils Neckendorf (18 Einwohner) ca. 6 Kilometer außerhalb von Eisleben. Sie ist in den Werkstattverbund der Lebenshilfe mit insgesamt 470 Werkstattmitarbeitern eingebunden. Die dadurch bestehenden Synergien ermöglichen es, diese kleine und in ihrer Binnenatmosphäre angenehme Werkstatt wirtschaftlich zu führen. Die Arbeitsangebote und die Ausstattung sind angemessen. Durch die Balance zwischen Industrieproduktion und kreativem Schaffen wird den besonderen Erfordernissen der Mitarbeiter Rechnung getragen. Wie in allen anderen Werkstätten auch, gelingt es den Mitarbeitern sehr selten, von der Werkstatt auf den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt zu wechseln. Da bislang in allen besuchten Werkstätten die Vermittlung der Mitarbeiter in normale Arbeitsverhältnisse praktisch nicht gelungen ist, sollten insbesondere bei Menschen mit seelischen Behinderungen neue Wege beschritten werden, da die Mitarbeiter mehrheitlich über entsprechende Berufsabschlüsse verfügen.

Wohnheim an der Werkstatt für Menschen mit geistigen Behinderungen in Helbra Lebenshilfe Mansfelder Land e. V.

Besuch am 10.05.2006

Das Wohnheim für Menschen mit geistigen Behinderungen an der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen ist mit seinen 18 Plätzen in seiner Größe und Lage idealtypisch. Im gleichen Gebäude wohnen ebenfalls 24 Menschen mit seelischen Behinderungen. Inmitten eines Wohngebietes von Helbra leben die Bewohner auf einer Wohnebene in Einbettzimmern. Das Wohnheim ist angemessen ausgestattet und die qualifizierten Mitarbeiter bemühen sich, den Bewohnern individuelle Hilfe anzubieten. Es bestehen zu den unmittelbaren Nachbarn tragfähige Beziehungen und die Kommunikation zwischen beiden ist unproblematisch. Die ärztliche Versorgung ist derzeit ausreichend, allerdings wird es mittelfristig altersbedingte Praxisschließungen geben und zu Einschränkungen kommen. Als kritisch bewertet die Besuchskommission, dass bei kleinen Einrichtungen die Personalausstattung starr an die Platzkapazität gebunden ist. Hier werden Träger dazu verführt, Kapazitäten zu schaffen, welche sich wirtschaftlich betreiben lassen, und nicht was eine sinnvolle und integrierte Versorgungsstruktur ist. Darüber hinaus sind im Landkreis Strukturen zu entwickeln, damit Bewohnern des Wohnheimes und anderen behinderten Menschen die Wahlmöglichkeit gegeben werden kann, eine dem Entwicklungsstand angemessene Wohn- und Hilfeform zu wählen.

**Wohnheim an der Werkstatt für Menschen mit seelischen Behinderungen in Helbra
Lebenshilfe Mansfelder Land e. V.**

Besuch am 10.05.2006

Das Wohnheim für Menschen mit seelischen Behinderungen an der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen ist mit seinen 24 Plätzen in seiner Größe und Lage idealtypisch. Im gleichen Gebäude wohnen außerdem in einem separaten Heimbereich 18 Bewohner mit geistigen Behinderungen. Konflikte aus dieser unmittelbaren Nähe sind nicht bekannt. Inmitten eines Wohngebietes von Helbra leben die Bewohner auf einer Wohnebene in Ein- und Zweibettzimmern. Das Wohnheim ist angemessen ausgestattet und die qualifizierten Mitarbeiter bemühen sich, den Bewohnern individuelle Hilfe anzubieten. Es bestehen zu den unmittelbaren Nachbarn tragfähige Beziehungen und die Kommunikation zwischen beiden ist unproblematisch. Die fachärztliche Versorgung ist derzeit ausreichend, allerdings wird es mittelfristig altersbedingte Praxisschließungen geben und zu Einschränkungen kommen. Als kritisch bewertet die Besuchskommission, dass bei kleinen Einrichtungen die Personalausstattung starr an die Platzkapazität gebunden ist. Hier werden Träger dazu verführt, die Kapazitäten zu vergrößern, damit eine wirtschaftliche Betriebsführung möglich wird. Dies widerspricht jedoch einer sinnvollen und integrierten Versorgungsstruktur. Hier besteht Handlungsbedarf. Ebenso sind im Landkreis Strukturen zu entwickeln, damit Bewohnern des Wohnheimes und anderen behinderten Menschen die Wahlmöglichkeit gegeben werden kann, eine dem Entwicklungsstand angemessene Wohn- und Hilfeform zu wählen. Inzwischen werden vom Träger ca. die Hälfte der 24 Wohnheimplätze Menschen mit geistigen Behinderungen angeboten, da hier nicht nur ein größerer Bedarf besteht, sondern auch eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation erreicht wird.

Betreuungszentrum Gerbstedt

Wörz & Helbig Gesellschaft für soziale Einrichtungen mbH & Co.KG

Besuch am 07.06.2006

Das Haus bietet den Bewohnern durch die gute bauliche Situation, das pflegerische Leitbild und die angemessene Personalausstattung ein „zu Hause“ und deckt die Bedürfnisse der Bewohner zu deren vollen Zufriedenheit ab. Die Mitarbeiter zeigen – anders als bei früheren Besuchen – eine hohe Arbeitszufriedenheit. Die Mischung von überwiegend pflegebedürftigen gerontopsychiatrisch erkrankten und geistig behinderten Menschen funktioniert offenkundig gut. Kollisionen wegen der Pflegebedürftigkeit einerseits und der geistigen oder seelischen Behinderung andererseits sind nicht mitgeteilt worden. Die Auflösung des früheren Bereiches der Langzeitbetreuung für erwachsene behinderte Menschen seit 2003 ist gelungen. Hervorzuheben ist, dass die verbliebenen fünf Bewohner dieses früheren Wohnbereiches mit Unterstützung des Landkreises im Haus verbleiben konnten, weil ihnen ein Umzug nicht zugemutet werden konnte. Dennoch ist es möglich, auf die verschiedenen Bedürfnisse der Bewohner einzugehen und diesen eine adäquate Betreuung zu bieten. Obwohl ein gerontopsychiatrisches Konzept noch nicht vorliegt, nimmt man sich der besonderen Bedürfnisse der Bewohner an und bietet krankheitsentsprechende Angebote. Dabei wird der Heimleitung geraten, die verschiedenen vorhandenen Angebote für Demenzerkrankte, geistig behinderte Menschen oder Suchtkranke differenzierter darzustellen. Die Einbindung des Hauses in die Gemeinde und die Zusammenarbeit mit anderen Trägern funktioniert gut. Die hohe Qualität der geleisteten Arbeit konnte auch von dem das Haus regelmäßig aufsuchenden Nervenfacharzt bestätigt werden.

Ambulant Betreutes Wohnen für Suchtkranke in Pfeiffhausen Landschafts- und Ziegenhof Pfeiffhausen gGmbH

Besuch am 07.06.2006

Grundsätzlich ist zu sagen, dass der besuchte Dienst den Anforderungen und geforderten Standards an das Ambulant Betreute Wohnen nicht entspricht. Es ist kein Ambulant Betreutes Wohnen für suchtkranke Menschen im Sinne der Eingliederungshilfe nach SGB XII.

Es ist zu prüfen, ob der Standort für diese Zielgruppe der geeignete ist, um soziale Teilhabe und Integration in die Gesellschaft zu erreichen.

Ein weiterer Punkt ist, dass offensichtlich das Ambulant Betreute Wohnen mit dem Wirtschaftsbetrieb Ziegenhof verbunden ist. Hier ist klar zu trennen zwischen dem sozialen Projekt und Wirtschaftsbetrieb Ziegenhof.

Von Seiten der Besuchskommission wurde empfohlen, die Motivation zur Etablierung eines solchen Projektes in Bezug auf den sozialhilferechtlichen Auftrag zu überdenken. Es ergeht der Hinweis von den Mitgliedern, egal was für eine Form der Betreuung in Zukunft im Ziegenhof stattfinden soll, den Ziegenhof und das zukünftig vorgehaltene Angebot wirtschaftlich zu trennen. Es besteht dann die Chance einer Kooperation zwischen dem Ziegenhof als Wirtschaftsbetrieb und der sinnerfüllten und nützlichen Tagesstrukturierung im Ambulant Betreuten Wohnen

Unverständlich ist der Kommission, wie ein Angebot mit unscharfen inhaltlichen Konzept und fehlender suchtherapeutischer Fachkompetenz als Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit Suchterkrankungen belegt werden konnte.

Heilpädagogisches Pflegenest „Gänseblümchen“

Privater Träger Frau Silvia Riegler

Besuch am 20.09.2006

Das Pflegenest „Gänseblümchen“ befindet sich am Ortsrand des Kurortes Wippra. Die acht Plätze für Kinder und Jugendliche mit schweren geistigen und körperlichen Funktionseinschränkungen befinden sich in einem liebevoll und kindgerecht eingerichteten villenartigen Gebäude mit großer Freifläche. Die Kinder und Jugendlichen im Alter von zwei bis 18 Jahren werden in einem stabilen Bezugsrahmen in familienähnlichen Strukturen heilpädagogisch gefördert. Dabei ist aufgefallen, dass gerade in einer kleinen Einrichtung wie dem „Pflegenest“ persönliche Zuwendung und individuelle Förderung gleichermaßen angemessen stattfinden. Neben dem guten Pflegezustand ist uns auch der sparsame bzw. nicht vorhandene Einsatz von beruhigenden Medikamenten und Psychopharmaka aufgefallen. Die ärztliche und fachärztliche Versorgung ebenso wie der Schulbesuch in der näheren Umgebung gelingen überwiegend zufrieden stellend.

Aus wirtschaftlicher Sicht stellt die geringe Kapazität der Einrichtung ein Problem dar, das nicht allein durch den Träger aufgefangen werden kann. Hier sollte mit dem zuständigen Kostenträger nach besseren Lösungswegen gesucht werden.

Als problematisch für Bewohner erweist sich zum Teil auch die Praxis, unmittelbar mit Erreichen des 18. Lebensjahres die Jugendhilfeeinrichtung verlassen zu müssen. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass es nach einem langjährigen, von familienähnlichen Strukturen geprägten Alltag zu Adaptionsschwierigkeiten kommen kann, wenn die jungen Menschen zu früh in eine andere und dann meist große Behindertenhilfeeinrichtung umziehen müssen. Es ist davon auszugehen, so auch die Wahrnehmung der Besuchskommission, dass die hier wohnenden Kinder und Jugendlichen Entwicklungsverzögerungen zeigen und die Hilfen im Einzelfall über das 18. Lebensjahr hinaus notwendig werden. Deshalb empfiehlt die Kommission, die derzeit übliche Verwaltungspraxis zu überdenken und die im Jugendhilferecht nach SGB VII möglichen Hilfen ggf. auch bis zum 27. Lebensjahr zu gewähren.

Nach dem Besuch im „Pflegenest“ haben wir insgesamt den Eindruck, dass hier für eine besondere Gruppe von jungen Menschen eine liebevolle Heimstatt besteht.

Wohnzentrum im Förderpädagogisch-therapeutischen Zentrum Wippra Trägerwerk Soziale Dienste in Sachsen-Anhalt e.V.

Besuch am 20.09.2006

Die Einrichtung ist eingebettet in das Wohngebiet der Gemeinde Wippra, die Bewohner des Wohnzentrums haben die Möglichkeit, alle Angebote der Gemeinde zu nutzen.

Das Wohnzentrum besteht aus einem Haupthaus und einer Außenwohngruppe. In der Außenwohngruppe des Wohnzentrums leben vier erwachsene Behinderte. In der Außenwohngruppe gibt es Einzelzimmer, einen großen gemütlichen Gemeinschaftsbereich, Dienstzimmer und einen Sanitärbereich mit WC und Dusche. Das Haupthaus verfügt über eine Kapazität von 48 Plätzen. Davon sind 30 Plätze für wesentlich geistig und geistig mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche in vier Wohngruppen sowie 18 Plätze für behinderte Erwachsene in zwei Wohngruppen. Alle Wohngruppen im Haupthaus verfügen über einen großen Gemeinschaftsbereich, Dienstzimmer, Doppelzimmer und Einzelzimmer mit separater Dusche und WC-Bereich.

Im Gespräch mit der Besuchskommission vermittelten die Bewohner einen zufriedenen und offenen Eindruck in Bezug auf ihre Lebenssituation im Wohnzentrum. Sie berichteten rege über Aktivitäten im Bereich Freizeit und über die Gestaltung ihrer Tagesabläufe. Das Behandlungs- und Betreuungskonzept, Therapie- und Förderpläne orientieren sich an den Bedürfnissen der hier lebenden Bewohner und zeigt eine fachkompetente pädagogische Betreuung und Förderpflege. Zur gezielten Förderung der Bewohner werden verschiedene, abgestimmte tagesstrukturierende Angebote vorgehalten. Das Haus verfügt über ausreichende und entsprechende Therapie- und Begegnungsräume.

Im Vordergrund stehen das Erreichen und der Erhalt der Selbständigkeit, verbunden mit dem Ziel, die Bewohner so zu fördern, dass eine niederschwellige Wohnform möglich wird. In der Einrichtung finden regelmäßig Weiterbildungen statt und Supervisionen werden angeboten. Jedem Mitarbeiter werden bei Bedarf fünf Tage Bildungsurlaub gewährt.

Kinder- und Jugendhaus Kupferhütte in Sangerhausen Albert-Schweitzer-Familienwerk Sachsen-Anhalt e. V.

Besuch am 11.10.2006

Das alte und renovierte Gebäude mit bestehenden modernen Anbauten und darum liegenden parkähnlichen Garten am Stadtrand vermittelt einen soliden und freundlichen Gesamteindruck. Hier wird für 32 Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren in Wohngruppen Betreuung und Erziehungshilfe angeboten. Die Kinder und Jugendlichen haben schwere Störungen im Sozialverhalten, Schulverweigerung und Suchtprobleme. Qualifizierte Erzieherinnen und Therapeutinnen fördern die jungen Bewohner individuell und bereiten sie auf die Selbständigkeit vor. Die therapeutische Fachkompetenz der Mitarbeiter ist auf die spezifischen Störungen ausgerichtet. Die Angebote der Einrichtung reichen von Sozialpädagogischer Einzelbetreuung, über schulische Förderung, ADHS-Training, Suchtprävention bis zu Verhaltenstherapie. In Zusammenarbeit mit Schulen, Ämtern und Betroffenen wird ein komplexes individuelles Hilfeprogramm erstellt. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben kann die Hilfe nur bis zum 18. Lebensjahr erfolgen. Die Übergänge bis zur Selbständigkeit werden mit Verselbstständigungsgruppe und Betreutem Wohnen gestaltet. In der Einrichtung gibt es auch die Möglichkeit der Unterbringung von drei minderjährigen Müttern und Vätern mit ihren Kindern. Für Eltern und Kinder, die vorübergehend Fremdhilfe benötigen, besteht das Angebot einer Fünftagegruppe.

Die Kinder und Jugendlichen kommen aus der Region (Mansfelder Land und Landkreis Sangerhausen). Die Kostenübernahme wird durch die zuständigen Jugendämter geregelt.

Die Zusammenarbeit mit Vertretern des Landkreises, den Jugendämtern und Kliniken für KJP (in Merseburg und Halle) gehört zum Gesamtkonzept. Die Möglichkeit der ambulanten und stationären Psychotherapie kann dort intensiv genutzt werden. Es wurde eine allgemeine Zufriedenheit angegeben und auch von der Kommission erlebt. Für die schwierige fachliche Arbeit wird eine regelmäßige externe Supervision empfohlen.

**Altenpflegeheim „Am Rosengarten“ in Sangerhausen
AWO Soziale Dienstleistungen Am Rosengarten gGmbH**

Besuch am 11.10.2006

Das Altenpflegeheim „Am Rosengarten“ liegt am südöstlichen Ortsausgang der Stadt Sangerhausen. Die Verkehrsanbindung ist sehr gut. Die Einrichtung grenzt an das Rosarium Sangerhausen, zu dem ein unmittelbarer Zugang geschaffen wurde. Das Grundstück mit einer Gesamtfläche von 8.093 qm ist mit einem vierstöckigen architektonisch modernen, sich der Umgebung gut anpassenden Gebäude bebaut. Die Einrichtung hat eine Kapazität von 125 Plätzen, davon 31 Einzelzimmer. Die Zimmer entsprechen vollständig den Standards, eine individuelle Gestaltung der Zimmer ist möglich und gewünscht. Auffallend ist die großzügige Ausstattung an Funktionsräumen und Verkehrsflächen.

In der Einrichtung haben wir einen warmherzigen, auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichteten Umgang mit den Bewohnern erlebt. Hausleitung und Mitarbeiter arbeiten nach einer abgestimmten Pflege- und Betreuungskonzeption, die einen ganzheitlichen Ansatz von aktivierender Pflege beinhaltet. Vielfältige Angebote bieten die Möglichkeit einer abwechslungsreichen Tagesgestaltung entsprechend den individuellen Möglichkeiten des Einzelnen. Im Haus befinden sich ein Friseur und ein Kiosk. Das Haus macht einen ausgesprochen professionell geführten Eindruck, der sich in der angenehmen Atmosphäre und dem gepflegten Eindruck der Einrichtung widerspiegelt.

Die Weiterbildungsmaßnahmen für das Personal orientieren sich an den Bedürfnissen der jetzigen und zukünftigen Bewohner und werden regelmäßig durch interne und externe Angebote abgesichert.

Der Träger beabsichtigt, auf einem angrenzenden Grundstück die Schaffung weiterer Kapazitäten im gerontopsychiatrischen Bereich, die eine speziellere Betreuung ermöglichen. Auf zunehmende Probleme bei der Absicherung der medizinischen und psychiatrischen Versorgung der Heimbewohner durch Allgemeinmediziner bzw. niedergelassene Fachärzte in der Region wurde durch den Träger nachdrücklich hingewiesen.

An die Kreisverwaltung ergeht der Hinweis, die Bildung eines Arbeitsgremiums zur Koordination und Kooperation der Träger, besser noch einer PSAG, voranzutreiben und bei der Kreisfusion von vornherein einzubeziehen.

**Alten- und Pflegeheim „St. Mechthild“ am Kloster St. Marien zu Helfta in Eisleben
Caritaträgergesellschaft St. Mauritius gGmbH**

Besuch am 08.11.2006

Es handelt sich um einen Neubau aus dem Jahre 2002, der auf dem Klostergelände am Ortseingang von Eisleben liegt. Das Haus hat zwei Wohnbereiche für insgesamt 45 Heimbewohner und ist ein kleines, gut ausgestattetes Altenpflegeheim. Die Bewohnerzimmer mit eigenen sanitären Einrichtungen sind ebenso wie die Mitarbeiterbereiche und Küchenbereiche modern. Über die Hälfte der Bewohner haben gerontopsychiatrische Auffälligkeiten. Die Bewohner werden individuell und engagiert betreut. Es finden auch spezialisierte Gruppenangebote (wie kognitives Training) statt.

Der Einrichtung wird empfohlen, noch mehr Mitarbeiter im gerontopsychiatrischen Bereich fortzubilden, ggf. auch Supervision wahrzunehmen und eine Fachkrankenschwester für Psychiatrie einzustellen. Dies werde auch der Entlastung der Mitarbeiter bei der anstrengenden Pflege dienen. Der Träger sollte sich darauf einstellen, dass die Anzahl der Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen im Heimbereich zunimmt und deren Integration in die Wohn- und Pflegebereiche ihre Grenzen hat. Hier sollten in absehbarer Zeit angemessene und zeitgemäße Strategien entwickelt werden, so dass die gute Arbeit und die Zufriedenheit der Mitarbeiter und Bewohner erhalten bleiben. Die nervenärztliche Versorgung des Wohnheimes ist mangelhaft, was der generell schlechten ambulanten nervenärztlichen Situation im Landkreis angelastet werden muss.

Wohnheim für geistig- und mehrfach behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Eisleben

Lebenshilfe Mansfelder Land e. V.

Besuch am 08.11.2006

Das Wohnheim für Menschen mit geistiger Behinderung in Eisleben befindet sich am Ortseingang von Eisleben. Auf einem ca. fünf Hektar großen Grundstück befindet sich der Plattenflachbau und bietet in sechs Wohngruppen 16 Kindern und Jugendlichen und 27 erwachsenen Menschen einen Wohnplatz. Die unterschiedlichen Altersgruppen unter einem Dach werden als unproblematisch erlebt. Die Zimmer der Bewohner sind individuell und liebevoll eingerichtet und die inhaltliche Arbeit wird fast ausschließlich durch Fachkräfte erbracht. Für die Nutzer stehen verschiedene therapeutische Angebote wie Physiotherapie und Snoezelenraum zur Verfügung. Die Bewohner haben die Möglichkeit, im benachbarten Gewerbegebiet einzukaufen und mit Begleitung der Mitarbeiter am gesellschaftlichen Leben in der Stadt Eisleben teilzunehmen. Allerdings hat keiner der erwachsenen Bewohner in den zurückliegenden fünf Jahren einen Entwicklungsstand erreicht, als dass er mit weniger Hilfe auskommen und somit das Leben außerhalb eines Wohnheims in einer eigenen Wohnung probieren konnte. Problematisch ist die ambulante fachärztliche, aber auch die stationäre psychiatrische Versorgung der Bewohner, welche sich mit der Schließung der Kinderstation im Klinikum weiter verschlechtert hat.

Der äußere Eindruck täuscht, so das Fazit. Der spröde Charme eines DDR-Plattenbaues findet sich in den Wohngruppen und Zimmern nicht wieder. Wir haben eine freundliche und individuell eingerichtete Einrichtung vorgefunden, welche nun nach dem Erwerb der Immobilie durch den Träger sukzessive zu sanieren ist.

Altenpflegeheime „Haus am Schützenplatz“ und „Haus am Fockendorfer Grund“ Seniorenzentrum Zeitz gGmbH

Besuch am 13. Dezember 2006

Das Seniorenzentrum Zeitz „Haus am Schützenplatz“ und „Haus am Fockendorfer Grund“ befindet sich in Mitten eines Wohngebietes in Zeitz. Die Häuser vermitteln trotz der Größe eine familiäre Atmosphäre, die geprägt ist von einem liebevollen Umgang zwischen Mitarbeiter und Bewohner.

Das Haus am Schützenplatz verfügt über eine Kapazität von 105 Plätzen in drei Wohnbereichen. Das Haus im „Fockendorfer Grund“ verfügt über 60 Plätze und ist ebenfalls in drei Wohnbereiche unterteilt. Die älteren Menschen wohnen in Ein- und Zwei- Bettzimmern, welche wohnlich und individuell eingerichtet sind und über separate Dusche und WC verfügen.

Die Bewohner der Einrichtung waren in einem guten Pflegezustand. Die individuelle Gestaltung der Zimmer für Bewohner, die das Bett nicht mehr verlassen können, ist angenehm aufgefallen.

In der Einrichtung wird eine fachkompetente und zeitgemäße Pflege praktiziert. Die Verordnung der Medikamente entspricht den modernen Standards. Die ärztliche und fachärztliche Versorgung ist gewährleistet. Es wird laut Aussage der Leitung aber immer schwieriger bei Neuaufnahme von Senioren, diese in eine hausärztliche Betreuung zu integrieren.

Alle Maßnahmen in der Pflege und Betreuung beziehen sich auf die Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens nach Monika Krohwinkel und einem Konzept für dementiell erkrankte Bewohner. Die tagesstrukturierenden Angebote sind ausgerichtet an den Bedürfnissen der Bewohner.

Durch regelmäßige Weiterbildung der Mitarbeiter wird in der Einrichtung eine qualitativ gute Arbeit sichergestellt. Hervorzuheben ist, dass den Mitarbeitern ein Entspannungskurs zum Ausgleich vom Haus angeboten wird.

**Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen und sozio-psycho-somatische
Rehabilitation in Kelbra**
Fachklinik am Kyffhäuser Kelbra GmbH
Besuch am 10. 01.2007

Die Rehabilitationsklinik in Kelbra für Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere bei Alkohol, umfasst eine Kapazität von 106 Betten. Am Besuchstag waren 77 Plätze belegt. Die materielle und personelle Ausstattung entspricht den Anforderungen. Das Personal konstatiert eine hohe Arbeitszufriedenheit. Durch häufigeren Wechsel des Chefarztes ist es der Klinik noch nicht gelungen, sich in der Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankungen in vollem Umfang zu etablieren. Die Klinik ist in der Region und im Ort selbst gut integriert.

Zwei Patienten, die das Gespräch mit den Besuchskommissionsmitgliedern suchten, berichteten von einer freundlichen Atmosphäre in der Klinik. Allerdings erhalten sie zu wenig bzw. keine Einzeltherapien und -gespräche oder nur auf Bitten der Patienten. Die eigentliche Gruppentherapie kommt wegen Klärung organisatorischer Fragen in der Gruppenbehandlung zu kurz.

Der bereits vorhandene Bereich Adaption musste wegen zu geringer Zuweisungen wieder geschlossen werden. Dabei stellte sich allerdings heraus, dass das Vorhalten dieses Angebotes nicht in allen Regionen Sachsen-Anhalts bekannt war.

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Weißenfels
Landkreis Weißenfels
Besuch am 21.02.2007

Die beiden Sozialarbeiterinnen und der Amtsarzt sind trotz zu geringer personeller Besetzung des Dienstes mit der Situation zufrieden. Absprachen funktionieren auf kurzem Wege, die Mitarbeiter sind sehr engagiert. Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen ist auch auf Grund der geringen Größe des Landkreises und mangelnder Trägervielfalt gut. Es wird der Gebietskörperschaft empfohlen, sich nach der Kreisgebietsreform verstärkt für eine gemeinsame Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft einzusetzen und die kommunale Aufgabe der Psychiatriekoordination stärker wahrzunehmen.

Insgesamt ist die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes des LK Weißenfels als gut und engagiert einzuschätzen, wofür auch die vorgelegte Statistik spricht. Verbesserungen bezüglich der statistischen Erfassung ergeben sich durch die aktuelle Neuanschaffung des Computerprogramms Octoware. Auch mit dem geplanten Umzug des Gesundheitsamtes nach Weißenfels bleibt die Bürgernähe durch Außenstellen erhalten, regionale Bezüge bleiben bestehen. Insgesamt ist festzustellen, dass eine positive Entwicklung erkennbar ist, was wohl auch ein Effekt der bevorstehenden Kreisgebietsreform ist.

Wohnheim an Werkstatt für behinderte Menschen in Weißenfels
Integra Weißenfelser Land gGmbH
Besuch am 21.02.2007

Das hochwertig renovierte Gebäude in zentraler Lage in Weißenfels bietet Menschen mit geistiger Behinderung 24 Wohnheimplätze an. Das Gebäude ist am 01. Juli 2006 bezugsfertig geworden und ist untergliedert in drei Wohnbereiche, die jeweils über einen hellen und großzügigen Gruppenraum mit integriertem Küchenbereich verfügen. Das Wohnheim ist gut ausgestattet und die qualifizierten Mitarbeiter bemühen sich, den Bewohnern individuelle Hilfe anzubieten. Die Bewohner werden gefördert und zu größtmöglicher Selbstständigkeit angehalten. Das Wohnheim ist in die Umgebung integriert und bietet durch die zentrale Lage eine gute Erreichbarkeit von Einkaufsmöglichkeiten, öffentlichen Einrichtungen und der ärztlichen Versorgung. Insgesamt hat die Kommission eine engagiert geführte Einrichtung erlebt, in der sich die Bewohner offensichtlich sehr wohl fühlen.

Intensiv Betreutes Wohnen in Weißenfels Integra Weißenfelser Land gGmbH

Besuch am 21.02.2007

Das Intensiv Betreute Wohnen am Kugelberg in Weißenfels bietet 20 Bewohnern eine freundliche und familiär geprägte Wohnmöglichkeit. Die Ausstattungen der Wohnungen und der Gemeinschaftseinrichtung sind auf die Bedürfnisse ihrer Bewohner zugeschnitten und werden von diesen gut angenommen. Die Bewohner machten trotz ihrer Behinderung einen sehr selbstständigen und selbstbewussten Eindruck. Auf Grund der günstigen Lage mit guten Einkaufsmöglichkeiten, leichte Erreichbarkeit von Ärzten, Apotheken und öffentlichen Einrichtungen ist es den Bewohnern auch offensichtlich möglich, diese Selbstständigkeit umzusetzen. Insgesamt hat die Arbeit im Intensiv Betreuten Wohnen einen fachkompetenten Eindruck bei der Kommission hinterlassen.

Es ist dem Träger zu wünschen, dass sich diese Konzeption auch bei dem für April 2007 geplanten Ambulant Betreuten Wohnen durchsetzen wird.

Wohngemeinschaft für suchtkranke Menschen „Haltestelle“, Naumburg von Privatanbietern getragene Initiative der Heilsarmee Schweiz

Besuch am 21. März 2007

Die Räume der Wohngemeinschaft befinden sich im 1. Obergeschoss des Gemeindehauses der Heilsarmee Naumburg. Das Zusammenleben im Haus basiert auf den Grundsätzen der Heilsarmee und ist geprägt durch eine warme menschliche Atmosphäre.

Im Sinne des SGB XII bzw. des Heimgesetzes handelt es sich bei dem Projekt nicht um eine Einrichtung.

Im Haus wird sechs Männern die Möglichkeit geboten, sich ohne lange Antragswege, Gutachten und Sozialberichte ein Zimmer anzumieten und gleichzeitig die Fürsorge von Mitmenschen zu erfahren. Solange ein Bett frei ist, wird schnell und formlos geholfen.

Es gibt keine Mitarbeiter, die sich hauptberuflich um die Wohngemeinschaft kümmern. Alle zu klärenden Dinge werden im Rahmen der Gemeindegemeinschaft ehrenamtlich erledigt.

Die Hilfen sind strukturiert und das Zusammenleben ist gut organisiert, obwohl es keine Konzeption bzw. Leistungsbeschreibung im Sinne des SGB XII gibt. Es existiert ein aufeinander abgestimmtes Handeln auf der Basis einer guten Kommunikation aller untereinander.

Jeder Bewohner muss das im Haus herrschende Abstinenzgebot einhalten, Nichteinhaltung kann nach Gesprächen mit der Wohngemeinschaft zur Kündigung des Mietverhältnisses führen. Die Hausordnung, die Regularien zu Tagesstruktur und Zusammenleben enthält, muss jeder Bewohner durch Unterschrift bestätigen. Sie bildet die Basis für die Tagesabläufe im Haus, die wesentlich durch arbeitstherapeutische Züge geprägt ist. Die Arbeitsaufgaben reichen vom kreativen Gestalten bis zu Instandhaltungsarbeiten, die dem Selbstwertgefühl der Bewohner sehr dienlich sind. Die Teilnahme an den Arbeiten ist freiwillig und beruht auf der Überzeugungsarbeit von Herrn Hutter, dem Pastor der Gemeinde der Heilsarmee in Naumburg.

Im derzeitigen Hilfesystem ist kein „Leistungstyp“ beschrieben, der dem der Wohngemeinschaft „Haltestelle“ entspricht. Darüber hinaus wäre die derzeit geübte Praxis der sofortigen Aufnahme ohne vorherige Hilfebedarfsprüfung und Antrag auf Kostenübernahme etc. bei Existenz einer Entgeltvereinbarung nach dem Rahmenvertrag der Eingliederungshilfe nicht mehr möglich.

Die Flexibilität, die Handlungsfreiheit und Unkompliziertheit des Angebots werden mit der fehlenden vertraglichen Bindung und somit finanzieller Unsicherheit bezahlt.

Solange es irgend möglich ist, sollte dieses Angebot aufrechterhalten werden.

**Altenpflegeheim „Henry Dynant“ Naumburg
DRK Naumburg / Nebra e.V.**

Besuch am 21. März 2007

Die Hausgemeinschaft für Menschen mit Demenz im DRK-Altenpflegeheim „Henry Dynant“ umfasst 52 Plätze in fünf Hausgemeinschaften für jeweils zehn bis elf Bewohner. Die räumliche, materielle und medizinische Ausstattung entspricht modernen Anforderungen und ist auf das Störungsbild der Demenz ausgerichtet. Das Angebot der alltäglichen Struktur, Ergotherapie, Gedächtnistraining und Beziehungsgestaltung hat das Ziel der individuellen Kompetenzerhaltung oder sogar Kompetenzverbesserung.

Der Träger dieses Altenpflegeheimes ist sich der speziellen modernen Anforderungen in der Pflege von Demenzkranken bewusst und setzt sie zielgerichtet um. Schwerpunkt der Betreuung sind körperliche und psychosoziale Aspekte.

Die notwendige Zusammenarbeit mit den Allgemeinärzten und der psychiatrischen Klinik Naumburg ist gut und flexibel. Die Integration der Einrichtung in der Region ist gegeben.

**Wohnheime für Menschen mit geistiger Behinderung Zeitz
Seniorenzentrum Zeitz gGmbH**

Besuch am 2. Mai 2007

Die Einrichtung für geistig behinderte Menschen mit überwiegend mittlerem und stärkerem Betreuungsbedarf befindet sich auf einem parkähnlichen Gelände am Rand der Altstadt von Zeitz. Das Wohnhaus ist 2002 neu erbaut worden und in drei Wohnbereiche für 60 Plätze mit 36 Einzel- und 12 Doppelzimmern aufgeteilt. Damit hat auch die frühere gemischte Belegung mit alkoholkranken Menschen ihr Ende gefunden. Diese wurden teilweise auf Altenpflegeheime verteilt, wobei dort bis heute Schwierigkeiten mit diesen Menschen auftreten. In das neue Haus wurde keiner dieser Betroffenen übernommen. 2004 ist ein heller, freundlicher Bungalow mit mehreren Therapieräumen errichtet worden. Die Ausstattung mit Therapiehilfsmitteln ist sehr gut, wobei die verpflichtende Teilnahme bei allen Bewohnern mit zur Tagesstruktur beiträgt. Es finden vielfältige Freizeitaktivitäten und auch regelmäßige Urlaubsreisen statt. Das Personal setzt sich zu 2/3 aus Pflegefachkräften und im Übrigen aus Pflegehilfskräften zusammen. Die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern und Fachärzten der Umgebung funktioniert gut.

Problematisch sind das zunehmende Durchschnittsalter der Bewohner (über 53 Jahre) und der daraus erwachsende Pflegeaufwand. Werkstattbesucher können vermehrt auch im Rentenalter in den dortigen Wohnheimen wohnen bleiben, so dass ein geringerer Bedarf an Wohnheimplätzen für nicht werkstattfähige Bewohner zu erwarten ist. Deshalb ist die Einrichtung zwar derzeit noch bedarfsgerecht, der Träger sollte aber neue Ziele entwickeln. Insoweit bieten das große Gelände und die vorhandenen Häuser eine gute Grundlage. In Betracht kommen etwa ein Intensiv Betreutes Wohnen oder ein Wohnen bei gleichzeitigem Werkstattbesuch. Auch das Zusammenleben von geistig und seelisch behinderten Menschen, über das der Träger nachdenkt, könnte ein lohnenswertes Ziel sein. Angesichts der Altersstruktur der Bewohner kann in absehbarer Zeit auch ein Pflegeheim benötigt werden.

Personelle Zusammensetzung des Ausschusses und der regionalen Besuchskommissionen

1. Personelle Veränderungen im Ausschuss und in den Besuchskommissionen

Im Berichtszeitraum ist es zu folgenden personellen Änderungen im Ausschuss und in den Besuchskommissionen gekommen:

Abberufungen:

Nach der Konstituierung des Fünften Landtages im April 2006 wurden die ehemaligen Mitglieder des Landtages Frau Brunhilde Liebrecht, Frau Christel Vogel und Herr Friedemann Scholze aus dem Ehrenamt entpflichtet. Frau Dr. Gerlinde Kuppe hat nach Übernahme des Ministeramtes ebenfalls ihre Mitarbeit im Ausschuss beendet. Nach seiner Abordnung ins Justizministerium verließ Herr Ulrich Lentner, Richter am Landgericht Stendal, die Besuchskommission. Aus familiären bzw. gesundheitlichen Gründen mussten Frau Judith Lademacher, Richterin am Amtsgericht Stendal, und Frau Maurer, Pädagogische Leiterin im Augustinuswerk Wittenberg, ihre Mitarbeit in der Besuchskommission aufgeben. Ihnen gebührt der Dank des Ausschusses und der Kommissionen für die geleistete Arbeit.

Berufungen:

Entsprechend der Verordnung über den Ausschuss konnten die Ministerin für Gesundheit und Soziales und der Präsident des Landesverwaltungsamtes folgende Berufungen vornehmen: Auf Vorschlag ihrer Fraktionen im Landtag wurden Herr Kurt Brumme, MdL (CDU), Frau Dr. Lydia Hüskens, MdL (FDP), Herr Peter Rotter, MdL (CDU), und Frau Dr. Verena Späthe, MdL (SPD), in den Ausschuss berufen. Für die Berufung in die Besuchskommission konnten Frau Alice Dreßler, Fachschwester für Psychiatrie und Neurologie an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Halle, Frau Simone Schreiber, Richterin am Amtsgericht Salzwedel, und Frau Susanne Storbeck, Richterin am Amtsgericht Osterburg, gewonnen werden.

Der Ausschussvorstand dankt allen Mitwirkenden, die seit nunmehr 14 Jahren im Ausschuss und in den Kommissionen durch den gemeinsamen Auftrag verbunden sind und sich mit großem Engagement und Verantwortungsbewusstsein für die Durchsetzung der gesetzlich verbrieften Rechte und Interessen der psychisch kranken und behinderten Menschen einsetzen.

2. Mitglieder und stellvertretende Mitglieder des Ausschusses

Mitglied	Stellvertretendes Mitglied
Vorsitzender des Ausschusses Herr Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker Chefarzt der Klinik für psychische Erkrankungen (Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) am Saale-Unstrut-Klinikum Naumburg	Herr Dr. med. Bernd Langer Chefarzt des Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Halle
Frau Dr. med. Christiane Keitel Grundsatzreferatsleiterin Psychiatrie MDK Sachsen-Anhalt	Herr Joachim Müller Leitender Chefarzt des AWO-Fachkrankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Jerichow
Frau Dr. med. Steffi Draba Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt der Stadt Halle	Herr Wolfgang Scheffler Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Carl-von-Basedow-Krankenhaus Merseburg
Frau Birgit Garlipp Leiterin Förderbereich WfbM und FED der Lebenshilfe Bördeland gGmbH Staßfurt	Frau Sylvia Herrmann Berufsbetreuerin Gatersleben / Aschersleben
Herr Kai-Lars Geppert Heimleiter Wohnheim und Tagesstätte für Menschen mit seelischer Behinderung, Halle	Frau Kerstin Reuter Leiterin des Therapiezentrums „Bethanien“ e.V. für Menschen mit seelischer Behinderung infolge Sucht Dessau
Herr Bernhard Maier Leiter des Caritaswohn- und Förderheims Schelkau für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen	Frau Birgit Tank Heimleiterin des Wohnheims für Menschen mit seelischer Behinderung Wernigerode
Stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses Herr Erhard Grell Präsident des Landessozialgerichts Sachsen- Anhalt, Halle	Herr Carsten Schäfer Richter am Landessozialgericht, Halle
Herr Mario Gottfried Richter am Amtsgericht Halle-Saalkreis	Herr Ernst Heitmann Direktor des Amtsgerichts Bitterfeld
Frau Angelika Laurien Staatsanwältin, Staatsanwaltschaft Dessau	Frau Claudia Methling Vorsitzende Richterin am Landgericht Magdeburg
Frau Sabine Dirlich, MdL Fraktion Die Linke/PDS Ausschuss für Wirtschaft und Arbeit des Landtages	Frau Dr. Lydia Hüskens, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, FDP-Fraktion Ausschuss für Soziales
Herr Kurt Brumme, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, CDU-Fraktion Ausschuss für Soziales	Herr Peter Rotter, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, CDU-Fraktion Ausschuss für Soziales
Frau Renate Schmidt, MdL Fraktion der SPD Ausschuss für Soziales des Landtages	Frau Dr. Verena Späthe, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, SPD-Fraktion Ausschuss für Soziales

3. Mitglieder und stellvertretende Mitglieder der Besuchskommissionen

Besuchskommission 1

Regionale Zuständigkeit

- Landkreis Anhalt-Zerbst
- Landkreis Jerichower Land
- Landkreis Stendal

Mitglied	Stellvertretendes Mitglied
Kommissionsvorsitzender Herr Bernhard Maier Dipl. Pädagoge, Dipl. Sozialpädagoge, Leiter der Caritaswohn- und Förderstätte Schelkau	Herr Tobias Lösch Diplom-Sozialpädagoge Integrationsfachdienst Magdeburg/Stendal
Stellv. Kommissionsvorsitzende Frau Dr. phil. Waltraud Groscheck Dipl.-Psychologin, Psych. Psychotherapeutin, Leitende Psychologin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Städt. Klinikum Magdeburg	Frau Gisela Matthäus Lehrerin a.D., Leiterin der Selbsthilfegruppe ApK Osterburg, Gründungsmitglied des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker Sachsen-Anhalt e. V., Osterburg
Frau Dr. med. Claudia Glöckner Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie Oberärztin, AWO-Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, Jerichow	Frau Dr. med. Marion Wolter Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt der Stadt Magdeburg
Herr Olaf Kleßen Richter am Sozialgericht Stendal	Frau Steffi Ewald Richterin am Oberlandesgericht Naumburg
Frau Dr. rer. nat. Christel Conrad Dipl.-Psychologin, Psych. Psychotherapeutin, Klinik Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg	Frau Dr. Lydia Hüskens, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, Fraktion der FDP Ausschuss für Soziales Magdeburg

Besuchskommission 2

Regionale Zuständigkeit

- Landeshauptstadt Magdeburg
- Ohrekreis
- Bördekreis
- Landkreis Salzwedel

Mitglied	Stellvertretendes Mitglied
Kommissionsvorsitzender Herr Dr. med. Bernd Hahndorf Psychiater, Neurologe, Forensischer Psychiater Ärztlicher Direktor des Fachklinikums Uchtspringe, Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie,	Frau Dipl.-Med. Gabriele Witschaß Fachärztin für Psychiatrie, Stationsärztin Abt. Psychiatrie und Psychotherapie Harzklinikum Wernigerode/Blankenburg
Stellv. Kommissionsvorsitzende Frau Birgit Garlipp Leiterin Förderbereich WfbM und FED der Lebenshilfe Bördeland gGmbH Staßfurt	Frau Renate Schmidt, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, Fraktion der SPD, Ausschuss für Soziales Magdeburg
Herr Matthias Gallei Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, Leiter der AWG/Betreutes Wohnen GmbH des Psychiatr. Pflegeheimes Dr. Nowack, Salzwedel	Frau Heike Woost Diplom-Sozialarbeiterin Geschäftsführerin der Lebenshilfe-Magdeburg gGmbH, Magdeburg
Frau Ute Griesenbeck Referentin Suchtkrankenhilfe, Diakonie Mitteldeutschland Magdeburg	Frau Sylvia Merten Diplom-Sozialpädagogin Jugendamt der Stadt Magdeburg
Frau Simone Schreiber Richterin am Amtsgericht Salzwedel	Frau Susanne Storbeck Richterin am Amtsgericht Osterburg

Besuchskommission 3

Regionale Zuständigkeit:

- Kreisfreie Stadt Dessau/Roßlau
- Landkreis Bitterfeld
- Landkreis Köthen/Anhalt
- Landkreis Wittenberg

Mitglied	Stellvertretendes Mitglied
<p>Kommissionsvorsitzende Frau Dr. med. Christiane Keitel Fachärztin für Psychiatrie und Sozialmedizin Ärztliche Gutachterin, Referatsleiterin Psychiatrie, MDK Sachsen-Anhalt, DC med, Magdeburg</p>	<p>Frau Dipl.-Med. Cathrin Seehagen Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, Leiterin der Psychiatrischen Institutsambulanz am Psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Halle</p>
<p>Stellv. Kommissionsvorsitzender Herr Uwe Bartlick Dipl.-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut Klinik Bosse Wittenberg Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und Geriatrie, Lutherstadt Wittenberg</p>	<p>Frau Heidi Bayer Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Landkreis Wittenberg Lutherstadt Wittenberg</p>
<p>Frau Claudia Methling Vorsitzende Richterin am Landgericht Magdeburg</p>	<p>Herr Thomas Klumpp-Nichelmann Richter am Amtsgericht Dessau</p>
<p>Herr Wolfgang Scheffler Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Carl-von-Basedow-Klinikum Merseburg-Querfurt, Merseburg</p>	<p>Herr Kurt Brumme, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, Fraktion der CDU Ausschuss für Soziales, Magdeburg</p>
<p>Herr Dr. Uwe Salomon Fachberater Zentrale Koordination Sucht, AOK Sachsen-Anhalt, Halle</p>	<p>Herr Torsten Sielaff Qualitätsmanagement Datenschutz Hygiene stv. Pflegedienstleiter, Klinik Bosse Wittenberg, Lutherstadt Wittenberg</p>

Besuchskommission 4.

Regionale Zuständigkeit:

- Landkreis Halberstadt
- Landkreis Wernigerode
- Landkreis Quedlinburg
- Landkreis Schönebeck
- Landkreis Aschersleben-Staßfurt
- Landkreis Bernburg

Mitglied	Stellvertretendes Mitglied
<p>Kommissionsvorsitzender Herr Joachim Müller Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Ltd. Chefarzt des AWO-Fachkrankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, Jerichow</p>	<p>Herr Dipl.-Med. Jens Gregor Facharzt für Psychiatrie, Oberarzt Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Klinikum „Dorothea Christiane Erleben“ Quedlinburg gGmbH, Ballenstedt</p>
<p>Stellv. Kommissionsvorsitzende Frau Birgit Tank Heimleiterin Wohnheim für Menschen mit seelischer Behinderung „Thomas Müntzer“, Wernigerode</p>	<p>Frau Erdmuthe Sacher Diplom-Sozialpädagogin, Päd. Leiterin der Lebenshilfe im Landkreis Quedlinburg gGmbH, Weddersleben</p>
<p>Frau Katja Meyer Richterin am Landgericht Magdeburg</p>	<p>Herr Tobias Hoffmann Direktor des Amtsgerichts Bernburg</p>
<p>Frau Dr. med. Gabriele Jungbluth-Strube Fachärztin für Psychiatrie Abteilungsleitende Ärztin der Suchtklinik am SALUS-Fachkrankenhaus Bernburg</p>	<p>Frau Sabine Dirlich, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, Magdeburg Fraktion Die Linke Ausschuss für Soziales</p>
<p>Frau Sylvia Herrmann Diplom-Sozialpädagogin, Berufsbetreuerin Gatersleben</p>	<p>Herr Jürgen Hoppe Diplom-Pädagoge, Heimleiter der Therapeutischen Wohngemeinschaft „Haus Waldhof“ im Therapieverbund Sucht, Blankenburg</p>

Besuchskommission 5

Regionale Zuständigkeit:

- Kreisfreie Stadt Halle/Saale
- Saalkreis
- Landkreis Merseburg-Querfurt

Mitglied	Stellvertretendes Mitglied
Kommissionsvorsitzender Herr CA Dr. med. Bernd Langer Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie Leitender Chefarzt des Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Halle	Herr CA Dr. med. Hubert Becker Ärztl. Direktor des Fachkrankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin St. Josef-Krankenhaus Dessau
Stellv. Kommissionsvorsitzende Frau Kerstin Reuter Diplom-Psychologin Leiterin des Therapiezentrums Bethanien Dessau	Frau Anne-Juliane Schulze Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin Klinischer Sozialdienst Klinik Bosse Wittenberg FKH für Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie
Frau Dr. Petra Suttner Landesrechnungshof Sachsen-Anhalt Zuständigkeitsbereich Gesundheitswesen Dessau	Frau Alice Dreßler Fachkrankenschwester für Psychiatrie und Neurologie, Stationsleiterin Gerontopsychiatrie Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie der MLU Halle-Wittenberg
Herr Peter Rotter, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, Magdeburg Fraktion der CDU, Ausschuss für Soziales	Frau Gabriele Westendorf Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin Einrichtungsleiterin der Wohnanlage der Stiftung Staßfurter Waisenhaus Staßfurt
Herr Ernst Heitmann Direktor des Amtsgerichts Bitterfeld	Herr Mario Gottfried Richter am Amtsgericht Halle/Saalkreis

Besuchskommission 6

Regionale Zuständigkeit:

- Landkreis Sangerhausen
- Landkreis Mansfelder Land
- Burgenlandkreis
- Landkreis Weißenfels

Mitglied	Stellvertretendes Mitglied
Kommissionsvorsitzender Herr Kai-Lars Geppert Leiter des Wohnheimes und der Tagesstätte für Menschen mit seelischen Behinderungen Paul-Riebeck-Stiftung zu Halle	Frau Katlen Rohne Heilpädagogin, Leiterin des Förderwohnheimes für Menschen mit geistiger Behinderung der Paul-Riebeck-Stiftung zu Halle, Standort Akazienhof
Stellv. Kommissionsvorsitzende Frau Dr. med. Steffi Draba Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt der Stadt Halle	Frau Dr. med. Ulrike Gedeon Fachärztin für Psychiatrie u. Psychotherapie Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin Oberärztin im Diakonie-Krankenhaus Halle Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Frau Dr. Barbara Schünemann Fachärztin für Pädiatrie, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie Krankenhaus St. Elisabeth St. Barbara Halle/Saale	Frau Dipl.-Med. Gerlinde Gerdas Fachärztin für Allgemeinmedizin Praxis Halle
Frau Sabine Neufang Richterin am Amtsgericht Zeitz	Herr Carsten Schäfer Richter am Landessozialgericht Sachsen-Anhalt, Halle/Saale
Frau Verona Becker Hauptsachbearbeiterin Rehabilitation – Steuerung, Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland, Halle	Frau Dr. Verena Späthe, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, Fraktion der SPD Ausschuss für Soziales, Magdeburg